



# أمراض جهاز الهضم والبنكرياس (ديفيدسون)

ترجمة

د. حسن كويدر

د. محمد القلا

هيئة التحرير :

رئيس القسم الطبي

د. محمود طلوزي

رئيس قسم الترجمة

أ. زياد الخطيب

دَفُوقُ الطَّبْعِ مَحْفُوظَةٌ

دار الفدس للعلوم

لِلطَّبَاعَةِ وَالنِّشْرِ وَالتَّوْزِيعِ

دِمَشْق - يَرْمُوك - هَاتِفٌ: ٦٣٤٥٣٩١

[www.dar-alquds.com](http://www.dar-alquds.com)

# مقدمة الناشر

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله رب العالمين وأفضل الصلاة وأتم التسليم على سيدنا محمد وعلى آل وأصحابه أجمعين وبعد:

فإننا إذ نهئ أنفسنا على الثقة الغالية التي منحها لنا قراؤنا الأعزاء وانطلاقاً من حرصنا على تقديم الجديد والمفيد في ميادين العلوم الطبية يسرنا أن نقدم للزملاء الأطباء والأخوة طلاب الطب هذا المرجع القيم في الأمراض الباطنة (ديفيدسون) وقد جاء اختيارنا له لما يتمتع به من سمعة طبية وتناسق في معلوماته.

وقد عملنا على تجزئة الكتاب إلى فصول نقدمها تباعاً ثم نقوم بجمعها بمجلد واحد كما فعلنا في كتاب النلسون.

والشكر الجزيل لكل من ساهم في إنجاز هذا العمل راجين من الله عز وجل أن يوفقنا دائماً في اختيار الأفضل لرغد مكتبتنا الطبية العربية بكل ما هو قيم.

والله من وراء القصد

د. محمود طلوزي

رئيس القسم الطبي

والمدیر العام لدار القدس للعلوم

# مقدمة الأستاذ الدكتور حسام الدين شبلي

## بسم الله الرحمن الرحيم

تطورت العلوم في العقود الأخيرة وشملت كافة الميادين وكان نصيب الطب بكافة علومه من هذا التطور كبيراً وخاصة علم أمراض القلب الذي تعددت فروعه واختصاصاته وهذا أمر منطقي لأن أمراض القلب تصدرت الأسباب الرئيسية للموفيات.

وقد استفاد علم أمراض القلب من التقدم الكبير في كافة المجالات وخاصة المعلوماتية التي ساهمت بشكل كبير في تطور الطرق الاستقصائية القلبية (ايكو دوبلر وخاصة الملون وتلوين عضلة القلب بالدوبلر والايكو الظليل - التصوير الطبقي المحوري - الرنين المغناطيسي - استخدام النظائر المشعة - القثطرة القلبية) وكذلك الطرق العلاجية (المدخلات العلاجية أثناء القثطرة وأثناء الجراحة).

إن المرجع الموضوع بين أيدي القراء من طلبة طب وأطباء واختصاصيين يعتبر من المراجع الهامة الذي يمكن أن يقتنيه أي منا في مكتبته الخاصة.

ومن خلال تصفح هذا الكتاب نرى انه تم التركيز على نقطتين أساسيتين:

- التأكيد على دور السريريات في التشخيص وبذلك يكون هذا الكتاب قد مدَّ يد العون للأطباء السريريين المعنيين بتحليل الاضطرابات التي يشعر بها المريض ومحاولة ترجمتها من خلال الأعراض والعلامات التي يقومون بجمعها.

- التأكيد على دور الفحوصات جانب السريرية في التشخيص وتوجيه خطة المعالجة.

إن هذا الكتاب ورغم دخول الإنترنت إلى كافة المجالات وكافة المراكز العلمية يبقى المرجع الهام والأساسي في تناول اليد وهو معالج بأسلوب بسيط ومفهوم وعلمي ومنهجي، كما أرجو أن تكون الفائدة منه كبيرة ومستمرة رغم ما يحدث من تطور جديد كي لا يذهب عمل المؤلفين عبثاً وأنا لا أخشى أن تضيق الفائدة من هذا الكتاب مع مرور الزمن لأنه يستند إلى أسس قوية وسيمدنا باستمرار بكل ما هو أساسي في أمراض القلب.

ولا يسعني إلا أن أشكر دار القدس للعلوم على ما قدمته للمكتبة العربية من مراجع ذات قيمة علمية كبيرة.

الدكتور حسام الدين شبلي

أستاذ أمراض القلب بجامعة دمشق

# أمراض جهاز الهضم والبنكرياس

## ALIMENTARY TRACT AND PANCREATIC DISEASE

54	I. البطن الحاد.....	11	• الفحص السريري للجهاز الهضمي.....
58	II. الألم البطني المزمن أو المتكرر.....	13	• التشريح الوظيفي، والفيزيولوجيا والاستقصاءات.....
59	III. الألم المستمر.....	13	• التشريح الوظيفي.....
60	• أمراض الفم والغدد اللعابية.....	13	I. المري.....
60	I. القرحة القلاعية.....	13	II. المعدة والمعدة.....
61	II. خلل حشيش.....	16	III. الأمعاء الدقيقة.....
61	III. داء المبيضات.....	20	IV. البانكرياس.....
61	IV. التهاب الكبد.....	22	V. الكولون.....
62	• أمراض المري.....	23	• تنظيم الوظيفة الهضمية.....
62	• داء الجزر المعدي المريئي.....	23	I. الجملة العصبية المعوية.....
69	• أسباب أخرى لالتهاب المري.....	24	II. الهرمونات المعوية.....
70	• الاضطرابات الحركية.....	25	• استئصال أمراض السيل الهضمي.....
70	I. الجيب البيلوغي.....	25	I. اختلالات البنية: التصوير.....
70	II. لا ارتخائية المري.....	31	II. اختلالات الخمج.....
72	III. اضطرابات المري الحركية الأخرى.....	32	III. اختلالات الوظيفية.....
73	IV. الأسباب الثانوية لمسح حركية المري.....	35	IV. اختلالات النظائر المشعة.....
73	V. التضيق المريئي الحميد.....	38	• انتفاخات الرئمة للأمراض الهضمية.....
74	• أورام المري.....	35	• صدمة البلع.....
74	I. الأورام الحميدة.....	36	• صدمة الهضمي.....
74	II. سرطان المري.....	37	• الإقياء.....
76	• انثقاب المري.....	39	• النزف الهضمي.....
77	• أمراض المعدة والعفج.....	39	I. النزف الهضمي العلوي الحاد.....
77	• التهاب المعدة.....	43	II. النزف الهضمي السفلي.....
77	I. التهاب المعدة الحاد.....	45	III. النزف الهضمي الخفي.....
	II. التهاب المعدة المزمن الناتج عن الإلتان.....	45	• الإسهال.....
78	• مللوزية البوابية.....	46	I. الإسهال الحاد.....
78	III. التهاب المعدة المزمن المتاعي الذاتي.....	46	II. الإسهال المزمن أو المتكرر.....
78	IV. داء متريزير.....	46	• سوء الامتصاص.....
78	• داء القرحة الهضمي.....	49	• نقص الوزن.....
79	I. القرحة المعدية والبنكرياسية.....	52	• الإمساك.....
90	II. متلازمة زوليجر إليسون.....	54	• ألم البطن.....

# مقدمة الأستاذ الدكتور حسام الدين شبلي

## بسم الله الرحمن الرحيم

تطورت العلوم في العقود الأخيرة وشملت كافة الميادين وكان نصيب الطب بكافة علومه من هذا التطور كبيراً وخاصة علم أمراض القلب الذي تعددت فروعه واختصاصاته وهذا أمر منطقي لأن أمراض القلب تصدرت الأسباب الرئيسية للموفيات.

وقد استفاد علم أمراض القلب من التقدم الكبير في كافة المجالات وخاصة المعلوماتية التي ساهمت بشكل كبير في تطور الطرق الاستقصائية القلبية (ايكو دوبلر وخاصة الملون وتلوين عضلة القلب بالدوبلر والايكو الظليل - التصوير الطبقي المحوري - الرنين المغناطيسي - استخدام النظائر المشعة - القثطرة القلبية) وكذلك الطرق العلاجية (المدخلات العلاجية أثناء القثطرة وأثناء الجراحة).

إن المرجع الموضوع بين أيدي القراء من طلبة طب وأطباء واختصاصيين يعتبر من المراجع الهامة الذي يمكن أن يقتنيه أي منا في مكتبته الخاصة.

ومن خلال تصفح هذا الكتاب نرى انه تم التركيز على نقطتين أساسيتين:

- التأكيد على دور السريريات في التشخيص وبذلك يكون هذا الكتاب قد مدَّ يد العون للأطباء السريريين المعنيين بتحليل الاضطرابات التي يشعر بها المريض ومحاولة ترجمتها من خلال الأعراض والعلامات التي يقومون بجمعها.
- التأكيد على دور الفحوصات جانب السريرية في التشخيص وتوجيه خطة المعالجة.

إن هذا الكتاب ورغم دخول الإنترنت إلى كافة المجالات وكافة المراكز العلمية يبقى المرجع الهام والأساسي في تناول اليد وهو معالج بأسلوب بسيط ومفهوم وعلمي ومنهجي، كما أرجو أن تكون الفائدة منه كبيرة ومستمرة رغم ما يحدث من تطور جديد كي لا يذهب عمل المؤلفين عبثاً وأنا لا أخشى أن تضيق الفائدة من هذا الكتاب مع مرور الزمن لأنه يستند إلى أسس قوية وسيمدنا باستمرار بكل ما هو أساسي في أمراض القلب.

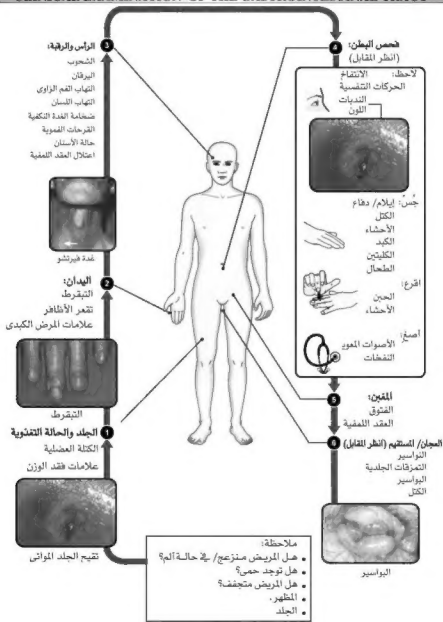
ولا يسعني إلا أن أشكر دار القدس للعلوم على ما قدمته للمكتبة العربية من مراجع ذات قيمة علمية كبيرة.

الدكتور حسام الدين شبلي

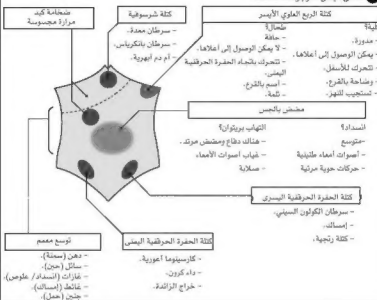
أستاذ أمراض القلب بجامعة دمشق

## الفحص السريري للجهاز الهضمي

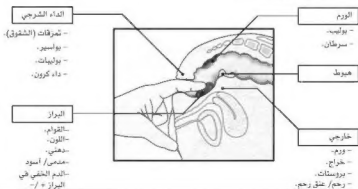
## CLINICAL EXAMINATION OF THE GASTROINTESTINAL TRACT



4 فحص البطن: الموجودات المحتملة:



5 فحص المستقيم: الموجودات الشائعة.





تُعد أمراض الجهاز الهضمي سبباً رئيساً للمراضة والوفاة. تقريباً 10٪ من استشارات الأطباء العامين في المملكة المتحدة هي من أجل سوء الهضم كما وأن واحدة من أصل 14 من الاستشارات هي من أجل الإسهال. علماً أن الإسهال إنتاني مسؤول عن كثير من الاعتلالات الصحية وعن كثير من الوفيات في العالم النامي. كما أن جهاز الهضم هو المكان الأكثر شيوعاً لتطور السرطان.

وتقد حصل تقدم عظيم في فهم تشخيص وتدبير الأمراض الهضمية. فقد فهمنا وبشكل كبير الحداثيات الخلوية والجزيئية في أمراضية الداء المعوي الالتهابي كما أننا أصبحنا ندرك الحداثيات الجزيئية في تطور سرطان الكولون.

إن التطوير والوسائل المتطورة الأخرى قد حسنت من إمكانية التشخيص. وقد حل التطوير العلاجي محل كثير من العمليات الجراحية للنفزف الهضمي. وتلطيف الأورام ولجمال معين من الأمراض الصفراوية. كما أن الأدوية القوية أصبحت تخفف من عسرة الهضم وتحسن حالة كثير من المرضى الذين يعانون من الداء المعوي الالتهابي.

## التشريح الوظيفي، والفيزيولوجيا والاستقصاءات

### FUNCTIONAL ANATOMY, PHYSIOLOGY AND INVESTIGATIONS

#### FUNCTIONAL ANATOMY

#### التشريح الوظيفي

#### I. المري OESOPHAGUS:

المري أنبوب عضلي طوله 25 سم يمتد من الغضروف الحلقي إلى فتحة فؤاد المعدة وله مصرتان علوية وسفلية وتقوم موجة بلعية (أزدرادية) بدفع اللقمة الطعامية إلى المعدة (انظر الشكل 1).

#### II. المعدة والعفج STOMACH AND DUODENUM: (انظر الشكل 2)

تعمل المعدة كوعاء حيث تحتجز وتطحن الطعام ومن ثم تدفع محتوياتها بفعالية إلى القسم العلوي من الأمعاء الدقيقة.

#### A. الإفراز المعدي:

تُفرز شوارد الهيدروجين مصحوبة بشوارد الكلور استجابة لفعالية  $H^+ / K^+ ATPase$  (مضخة البروتون) من الغشاء القمي للخلايا الجدارية (انظر الشكل 3) ويعتَمد الحمض القسم العلوي من السبيل المعدي المعوي كما يحول الببسينوجين إلى ببسين. يفرز الببسينوجين من الخلايا الرئيسية. هذا وإن العامل الداخلي الفليكوبروتيني يُفرز بالتوازي مع الحمض وهو ضروري لامتصاص الفيتامين  $B_{12}$ .





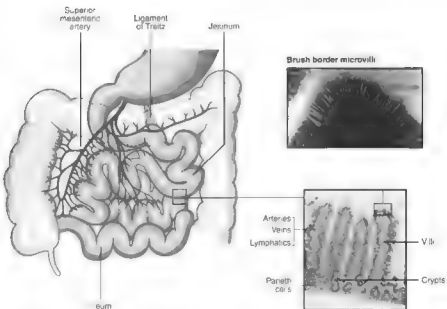
### III. الأمعاء الدقيقة SMALL INTESTINE:

تمتد الأمعاء الدقيقة من وسط ترايبر إلى الدسام اللساني الأعوري (انظر الشكل 4) وفي حالة الصيام تكون فعالية العضلية عاتية لـ 80٪ من الوقت على الأقل. وتمر كل 1-2 ساعة موجة من الفعالية المعوية (تسمى المركب الحركي الهاجر) إلى أسفل الأمعاء الدقيقة.

يذهب دخول الطعام إلى الجهاز الهضمي المعوية المعوية للأمعاء الدقيقة.

وظائف الأمعاء الدقيقة هي:

- الهضم.
- امتصاص نواتج الهضم والماء والشوارد والفيتامينات.
- الحماية ضد السموم المتأولة بالآلية الماعية والميكانيكية والأبرمية والتعصبة.



الشكل 4 الأمعاء الدقيقة: تشريحياً تشكل الخلايا الظهارية في الخلايا Crypts ثم تتميز حالما تهاجر إلى قمة الوعيات لتشكل

للخلايا المعوية (الخلايا الماصة) والخلايا الكأسية

## A. الهضم والامتصاص:

## 1. الدم:

تشتمل المواد الدسمة الموتية على:

- ثلاثيات الغليسريد طويلة السلسلة (الغليسيرول "المكون الأساسي" المرتبط بثلاثة حريثات حموض دسمة).
- استرات الكولسترول.
- الفيتامينات المنحلة في الدم (E, K, D, A).

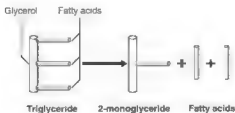
يتضمن الهضم والامتصاص خطوات متعددة ومرابطة فيما بينها تبدأ حالما يدخل الطعام جهاز الهضم

فهي المعدة: تؤدي حركات الحصى الى استحلاب المواد الدسمة. كما تحدث حلقة معدودة ثلاثيات الغليسريد إلى ثنائيات الغليسريد وحمض دسم وذلك بسبب فعالية الليبار اللساني المتلع

وفي العفج يُحرر السيكرتين استجابة للتعرض للحمض. وهذا يحرض امرار النيكربونات البانكرياسية و لتي بدورها تسبب قلوقة محتويات العفج. يحرر الدم الموحود داخل اللعقة الكولييسيستوكينين (CCK) ويحرص هذا الهرمون تقلص المرارة واسترخاء مصرة اودي هينعم عن ذلك دخول الصفراء إلى العفج حيث تقوم هناك باستحلاب إضافية للبييدات لتشكل الكيموس.

في الصائم العلوي، يعلمه الليبار والكوليبار البانكرياسيان ثلاثيات الغليسريد إلى أحاديث الغليسريد وحموض دسمة حرة (انظر الشكل 5). بينما تتعلمه الموسفوليبيدات واسترات الكولسترول بواسطة أنزيمات بانكرياسية أخرى. وإلى ها يكون المريخ الليبيدي قد استحل بالحموض الصفراوية إلى مديلات مختلطة mixed micelles.

في الأمعاء الدقيقة البعيدة يعبر المحتوى الليبيدي للمديلات المحتلطة إلى الخلايا المعوية وذلك عبر الغشاء الخلوي بينما تبقى الأملاح الصفراوية في لعة الأمعاء ليُعاد امتصاصها في الدقاق الانتهائي حيث تمر عبر وريد لمات عائدة إلى الكبد وبعد ذلك تعود للدوران (الدوران المعوي الكبدي) أما في الخلاب المعوية هان الحموض الدسمة وأحاديث الغليسريد وثنائيات الغليسريد تناسر من جديد لتشكل ثلاثيات الغليسريد والتي تتعلم بالابوروثينات والموسفوليبيدات والكولسترول مشكلة الدقائق الكيلوسمية وكل ذلك يتم في الشبكة السيترولامية لباطنة



الشكل 5، حلقة ثلاثيات الغليسريد إلى أحاديث الغليسريد وحموض دسمة حرة-المرحلة الصائمية من هضم الدم.

وتعادر الدقائق الكيلوسية الحلاب بطريقة اللمط الحلوي Exocytosis (الطريقة التي يتم بواسطتها إفراز الحريشات الكبيرة التي لا يمكن عبورها من خلال الغشاء الخلوي حيث يتم تحريك الغشاء الحلوي أثناء طرحها). وتدخل أحبراً إلى الدوران الباهي وذلك عبر الجملة اللمعية

## 2. الكاربوهيدرات:

تشمل الكاربوهيدرات القوية بشكل كبير النشاء عديد السكاريد وبعض السكرور واللاكتوز. ويتحلله النشاء بواسطة أميلار اللعاب والباكرياس إلى Alpha-Limit dextrins والتي تحوي 4-8 حريشات غلوكور وإلى المالتوز ثاني السكاريد، وإلى مالتوتريوز ثلاثي السكاريد. وتُهضم السكاريدات الثنائية بواسطة الأنزيمات المثبتة على غشاء الرعيبات لتشكل الغلوكور واللاكتوز والمركتوز أحادية السكاريد.

ويدخل الغلوكور واللاكتوز إلى الخلايا بواسطة عملية تتطلب صرف طاقة مستخدمة حاملاً بروتيمياً بينما يدخل المركتوز بالانتشار البسيط.

## 3. البروتين:

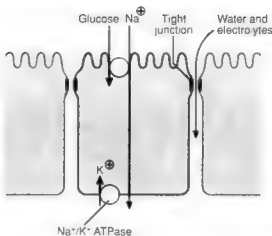
إن عملية الهضم التي تتم في المعدة بواسطة الببسين بسيطة من حيث الكم إلا أنها هامة ذلك لأن عديدات الببتيد والحموض الأمينية الناتجة عنها كافية لتحريض تحرر الـ CCK من معاطية الصائم القريب ويقوم الـ CCK المصرد بتحريض إفراز التريسينوجين البانكرياسي إلى العصع. وتعمل لتريسينوجين بواسطة هرمون الأنثيروكسين وهو هرمون مثبت على معاطية لمع ليُنتج الأريم العمال الحال للبروتين وهو التريسين. ولدي يقوم بدوره بتفعل سلسلة من نطلائع الأنزيمية البانكرياسية الأخرى والتي تقوم بهضم المروتينات لتشكل عديدات الببتيد والحموض الأمينية. تتألف الأنزيمات من الابدوببتيدازات وهي التريسين والكيومتريسين والابلاستر. وتقوم هذه الإندوببتيدازات بعملية الرووسط داخل المروتينات وتتألف هذه الأنزيمات أيضاً من الإكسوستيدازات والتي تحلله النهاية إنكاربوكسيلية.

وتقوم الببتيدازات الموجودة على الرعيبات بهضم عديدات الببتيد المتعددة لتشكل الببتيدات الثنائية والحموض الأمينية والتي تمتص بواسطة الحمل النافذة الصعالة المعتمدة على الصوديوم. وفي الخلايا المعوية تقوم الببتيدازات الموجودة في العصارة الحلوبة بهضم الببتيدات الثنائية إلى حموض أمينية.

## 4. الماء والشوارد:

يحدث امتصاص وإفراز الشوارد والماء في كل الأمعاء وبشكل حاصل الفرق بين الامتصاص والإفراز للانتقال الصافي، وسيطر الامتصاص عند الأشعاص السليمين. وينقل الماء والشوارد بطريقتين (انظر الشكل 6).

- الطريق حاب الحلوي وفيه يحصل التدفق عبر الوصلات المحكمة بين الحلاب وكتيحية لعمال الحلولي والكهربي أو المائي السكوني.
- الطريق عبر الحلية وذلك عبر الأعشية القمية والقاعدية الحانية وبواسطة حوامل نافذة فعالة ونوعية تتطلب صرف طاقة (مصحات)



الشكل 6، الانتقال المتوافق للغلوكوز/ الصوديوم من الانتقال المتوافق للغلوكوز/ الصوديوم عبر العشاء القمي للحلية المعوية يستخدم مضخة معتمدة على الطاقة وهي على العشاء الحاسي القاعدي كما يُستخدم حامل للغلوكوز والصوديوم على العشاء القمي كما ونحدث حركة ممعلة للماء والشارد عبر الوصلات المحكمة كنتيجة للمعال الكيموي الكهربى.

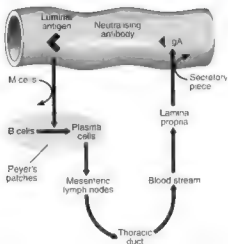
##### 5. الفيتامينات والعناصر الزهية:

تمتص الفيتامينات المعلقة بالماء في كل الأمعاء. هذا وإن امتصاص حمض المولييك والفيتامين B12 والكالسيوم والحديد موصوف في فصل آخر.

##### B. الوظيفة الوقائية للأمعاء الدقيقة:

###### 1. المناعة:

توجد الخلايا المعوية B و T والمالعة والبديلة في كل المخاطية المعدية المعوية. هذا وتشكل الأسجة المعوية المرافقة للمخاطية (MALT) 25% من مجمل أسجة الجسم اللقية. وتُقل الحريثات الكبيرة وحسبمات الفيروسية المتواجدة في المنعة بواسطة خلايا M المتخصصة إلى لويحات باير (انظر الشكل 7) وتشتمل هذه اللويحات على جريبت لمعية ذات بنية مُدببة الوضوح. وتمايز خلايا B اللقافية في لويحات باير إلى خلايا بلازمية عقب التعرض للمستضدات وبهاجر هذه الخلايا إلى العقد اللقية الممايقية ومن ثم إلى المخري الدموي عبر القدة الصبرية ثم يعود إلى الصميجة الخاصة للأمعاء وإلى الشجرة القصية والعقد اللقية الأخرى. ثم هيم بعد تحرر هذه الخلايا IgA والذي ينتقل إلى لعة الأمعاء بعد ارتباطه بقطعة مُصررة، وهو يقوم بإبطال معول يستند.



الشكل 7، هجرة النسيج اللمفي استجابة للتعرض لمولد الضد.

ويبقى دور الخلايا اللمفاوية T أقل وضوحاً. الأده من المحتمل أنها تساعد في تمرير الخلايا البلازمية في مكان التعرض لمولد الضد إضافة إلى أنها تنتج وسائط التهابية. وتقوم البالعات ببلعمة الأجسام الأجنبية كما أنها تنتج سلسلة من السيتوكينات التي تتوسط الالتهاب.

هد وإن تخطيط مستقبلات IgE على سطح الخلية البدينة يؤدي إلى دمع التحب وتحرير حبيبات أخرى لها دور في العملية الالتهابية.

## 2. الحاجز المخاطي:

تكوّن الطبقة الطهارية في الجهاز المعدي المعوي حاجراً لمحبيبات اللمعة ويشتمل هذا الحاجز على المخاط المصفر بواسطة خلايا الكاسية وعلى أغشية الخلايا المعوية وكذلك على الوصلات المحكمة بين هذه الخلايا وتتحدد هذه الخلايا بشكل مستمر وبالنسبة لتلك المتواحدة في الأمعاء الدقيقة فإنها تتجدد كل 48 ساعة.

## IV. البانكرياس PANCREAS: (انظر الجدول 1)

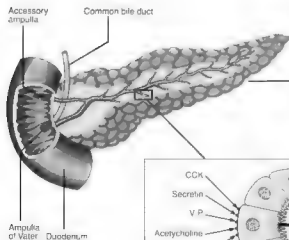
إن الإضرار الخارجي للبنكرياس ضروري من أجل هضم الدسم والبروتين والكاربوهيدرات. هذا وتقرر الخلايا الغسية طلائع أنزيميه عر فعاله وذلك استئحانه للهرمونات المعديه المعوية الحائله في الدوران (انظر الشكل 8). وبعد ذلك تنعمل هذه الطلائع الأنزيميه بواسطة النسيين. كما ويقرر سائل عسي نالتيكاربونات من لخلايا لفيوية وذلك ليومن درجة PH قلوية مثاليه من أجل فعاله الأنزيمات.



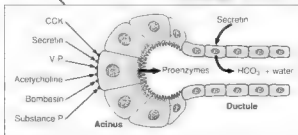
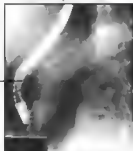
i

الجدول 3: الأنزيمات البنكرياسية.

الإنزيم	المادة الخاصة لتأثير الإنزيم (الركيزة)	المانع
الأميلاز.	النشاء والجليكوجين.	Limit dextrans المالتوز . المالتريوز .
الليباز. الكوليباز.	ثلاثيات الغليسريد	احاديات الغليسريد و لحموض الدسمة الحررة.
الإنزيمات التحالة للبروتين تريسينوجين . كيموتريسينوجين . بروايلاستاز ، بروكاربوكسي بيتيداز .	البروتينات وعديدات الببتيد	عديدات الببتيد القصيرة



ERCP—normal pancreas



الشكل 8 نمة البنكرياس ووظيفتها. تضرر الخلايا القنوية سلباً قليلاً استجابة للمسكرتين تضرر الخلايا القنوية أويماض هاضمة من لحبيبات المولدة للإنزيمات استجابة لسلسلة من الحاثات الأهرارمة يظهر الصورة القنوة السكرناسية الطبيعية

وهروعها الجانبية كما هي محددة في ERCP

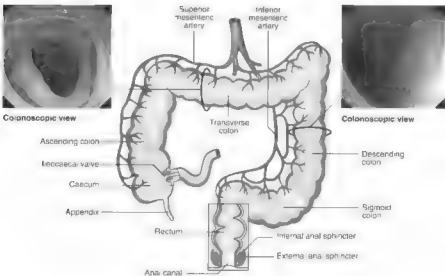
## ٧. الكولون: (انظر الشكل 9).

يمتص الكولون الماء والشوارد. كما ويعمل كعضو مخزن أيضاً وله فعالية تقلصه حيث يحدث فيه بمطن من تقلصات ام «لمط» لأول فهو التشدد (التقلص الحلي) والذي يؤدي الى المرح ولبس إلى الدفع وقد يسهل متصاص الماء والشوارد. وأما اللمط الثاني من التقلصات فهو الدفعي (Propulsive) (التقلص التمعجي) حيث تسبب الموجات الدفعية حركة كتلية لعدة مرات في اليوم كما وتدفع كتلة العائل إلى المستقيم

وتتحرص كل الفعالية بعد الوجبات ربما استجابة لتحرر الموتيلين و CCK

ويعتمد استسماك البراز على المحافظة على الراوية الشرجية المستقيمة وعلى التقلص القوي لمصبرات الشرجية لخارجية.

وإن استرخاء هذه العضلات مع زيادة الضغط داخل البطن الساجم عن مساورة هالمالما وعن تقلص لعضلات البطنية مع استرخاء المصبرات الشرجية يؤدي إلى التنفوط.



## CONTROL OF GASTROINTESTINAL FUNCTION

## تنظيم الوظيفة الهضمية

١. الإفراز والامتصاص والفعالية الحركية والسو والتمايز كلها مصنوعة بعوامل عصبية وهرمونية

## ١. الجهاز العصبي المعوي THE ENTERIC NERVOUS SYSTEM

يتكون التعصيب الخارجي لجهاز الهضم من اعصاب ودية تحرر النورآدرينالين ومن تعصيب نظير ودي عن طريق التعصيب البطني اللذين يحرران الأستيل كولين. ويه الطريق الودي بشكل عام التقلص والإفراز بينما يقوم الجهاز نظير الودي بتنظيمهما.

وتتصل الأعصاب الخارجية مع الصفائر الداخلية لجهاز الهضم (صفائر أورباخ و صفائر مايسنر Auerbach's and Meissner's Plexuses) هذا وتمارس الاستبدات العصبية الناتجة بواسطة هذه الأعصاب مبدى واسعاً من التأثيرات (انظر الجدول 2) وذلك عبر ليات التأثير الهرموني العصبي Neurocrine و ليات لتأثير الهرموني على وظيفة مجموعات الحلوية المحورة للحايا الممررة للهرمون Paracrine واليات التأثير الهرموني على وظيفة الحايا الممررة للهرمون (تأثير هرموني ذاتي) Autocrine وبعض هذه الببتيدات (مثل CCK و VIP) لها تأثيرات صماء Endocrine Actions ايضاً.

١	الجدول 2: الببتيدات العصبية المعوية.
العمل	الببتيد العصبي
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تؤثر في إدراك الألم.</li> <li>- تقلل الحركية، تنظم فعالية المصرة.</li> <li>- تزيد الإفراز الحامضي.</li> <li>- تضيق امتصاص الماء والشوارد.</li> </ul>	<b>الأفيونات</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تشرر الصعالية التمعجية.</li> <li>- تنه المصرة المويثة السهلة.</li> <li>- تضيق الألم.</li> </ul>	<b>مادة P</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- استرخاء العضلات الملس</li> <li>- موسم وعائى.</li> </ul>	<b>عديد الببتيد المعوي المعال وعائى VIP</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- يتوسط تحرر القاسترين.</li> </ul>	<b>عديد الببتيد المحرر للقاسترين</b> <b>اليوميسين</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- يسيط الشعور بالشبع.</li> <li>- يحرر الأستيل كولين والغامسا أمينو بوتريك أسيد (GABA) من الصميرة العصبية المعوية.</li> </ul>	<b>كوليسستوكينين (CCK)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- التقيص الوعائى في الدوران الحشوى.</li> <li>- يقص الإفرازات في الأمعاء الدقيقة.</li> </ul>	<b>الببتيد العصبي Y</b>

## II. الهرمونات المعوية GUT HORMONES:

يلخص (الجدول 3) منشأ وعمل وتنظيم الهرمونات المعوية الرئيسة

الجدول 3: الهرمونات المعوية.			
الهرمون	المنشأ	المحرض	التأثير
الغاسترين	المعدة (خلايا G).	- نواتج هضم البروتين. - يكمّج بالحمض والسوماتوستاتين	- ينبه الإفراز الحامضي المعدي. - يسه نمو الغاطية لمعدة المعوية.
السوماتوستاتين	من كامل جهاز الهضم (خلايا D).	تناول الدهون.	- يثبط إفراز الغاسترين والأسولين. - يقلل الإفراز الحامضي. - يقلل الامتصاص.
الكوليسيستوكينين	الغضج والصائم.	- نواتج هضم البروتين. - الدهون والحموض الدسمة. - يكمّج بالتريسين.	- ينبه إفراز أنزيمات البنكرياس. - ينبه تقلص المرارة. - يرخي مصرة أودي. - الشيع. - يقلل الأمراز الحامضي المعدي. - يقلل الأمراز المعدي. - ينظم نمو البنكرياس
السكرتين	الغضج الصائم	- حموضة الغضج الحموض الدسمة	- يحرض إفراز السائل البنكرياسي والبيكاربونات. - يقلل الإفراز الحامضي. - يقلل الإفراز المعدي
الموتيلين	الغضج والصائم.	- الصيام الوحبة الدسمة	ينظم المعدالية التمعجية.
عديد الببتيد المنشط لمعدي GIP	الغضج والصائم.	الغدياب.	- يحرض تحرراً لنسولين يثبط الإفراز الحامضي.
عديد الببتيد البانكرياسي	الغضج والصائم.	نواتج هضم البروتين نوسج المعد	يثبط إفرازات البنكرياس.
لعلوكاغون المعوي	الدقاق والكولون.	غير معروف	يثبط تحرر الأسولين، له تأثير اعتدائي.
لنوروتنسين	الدقاق والكولون.	غير معروف	يمكن أنه ينظم حركية تدفق استجابة للدسم
الببتيد Y	الدقاق والكولون	الدسم المعوي	يثبط الإفراز البانكرياسي والمعدي.
عديد الببتيد المعوي والفعال عالياً	الألياف العصبية في كامل الجهاز الهضمي.	غير معروف	ينظم الجريان الدموي.

## استقصاء أمراض السبيل الهضمي

## INVESTIGATION OF GASTROINTESTINAL DISEASE

نوعه. لأن سلسلة واسعة من الاحتمالات لاستقصاء المرضى الذين يشكون من أعراض هضمية ويمكن تقسيم هذه الاحتمالات بشكل رئيسي إلى احتمالات السبيل Structure واحتمالات الدمج Infection واحتمالات الوظيفة Function.

## I. اختبارات البنية: TESTS OF STRUCTURE: التصوير

## A. الصور الشعاعية البسيطة Plain radiographs:

تظهر الصورة الشعاعية البسيطة للبطن توزع الغاز في الأمعاء الدقيقة والعليفة، وهي تعيد في تشخيص الاسود المعوي أو العلوص الشللي Paralytic Ileus. حيث تظهر العرى المعوية المتوسعة، كما تظهر سويات السائل إذا ما جرى التصوير (والمريض بوضعية الوقوف)

كما يمكن أن تُرى معالم الأسجة الرخوة كالكد والطحال والكليتين وقد تُكتشف تكسباتها، كما يمكن أن تُرى التكرناس والأوعية الدموية والعقد اللممية والحصيات أيضاً. لأن صور البطن الشعاعية البسيطة لا تساعد في حالات السرف الهضمي. أما صور الصدر الشعاعية البسيطة فتُظهر الحجاب الحاجز كما قد تُكشف هذه الصور ما أجريت والمريض واقفاً، الهواء الحر المتجمع تحت الحجاب الحاجز وذلك في حالة الانتقاب كما تُكشف أيضاً مشاكل صدرية غير متوقعة كالانصباب الجنبي.

## B. دراسات التباين (الدراسات بالمواد الظليلة) Contrast studies:

سلمت الباريوم مادة حاملة تعطي المعاطية شكل جيد وتظليلها ممتاز إلا أنها تتصلب وتحشر بالقرب من الألف لسدة تُستخدم المادة الظليلة المنحلة بالماء لتظليل الأمعاء قبل إجراء التصوير المقطعي المحوسب للبطن وكذلك في حالات الاشتبه بالانتقاب إلا أنها أقل تظليلاً على الأشعة كما أنها محترشة فيما دُرُشمت إلى الرنتين. كما يمكن لدراسات التباين أن تُجرى بمراقبة الفرس الموصاتي والذي يسمح بتقييم الحركة والوضعية الصحية للمريض. هذا وإن تقنية التباين المصاعف تُحسن من رؤية المعاطية وذلك باستخدام العار والذي يمدد السطح المعوي المعطى بالباريوم. هذا وإن الدراسات بالباريوم مفيدة لكشف عيوب الاملاء، والتي يمكن أن تكون داخل اللمعة (مثال طلعام أو المرار) أو داخل الحدار المعوي (مثال الكارسينوما) أو خارج الحدار المعوي (مثال العقد اللمفية) كما يمكن اكتشاف التضيقات والتكلاات والقرحات واضطرابات الحركة.

إن الاستخدام الرئيسي ومحددات دراسات التباين المتنوعة موحدة في (الجدول 4 و الشكل 10).

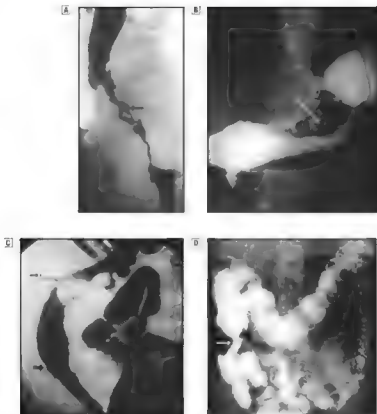
## C. تخليط الصدى والتصوير المقطعي المحوسب CT والتصوير بالرنين المغناطيسي MRI:

Ultrasound, computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI)

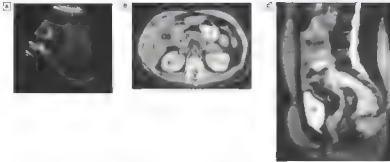
أصبحت هذه التقنيات تستخدم بشكل متزايد في تعيم الداء داخل البطن هي غير باصعة non-invasive كما أنها تقدم صوراً تفصيلية للمحوبات البطنية. هذا وإن نظيراتها ملخصة في (الجدول 5 والشكل 11).

الجدول 4: التصوير الشعاعي التبايني (الطنيل) في استقصاء المرض الهضمي.				
الاستخدامات الرئيسية	بلعة الباريوم	وجبة الباريوم	متابعة الباريوم	وحصة الباريوم
عسرة البلع. الحرقة (الذم). آلم الصدر. الاضطراب الحركي المحتمل.	عسرة الهضم. الآلم التشنجي. فقر الدم. الإقياء. الانتفاخ المحتمل (مادة ظليلة غير مؤينة)	الإسهال والآلم البطنى من متشأ الأمعاء الدقيقة الاستسداد المحتمل بسبب الصقيبات المعوية	تغير عادات التبول. الذرف المتقيح. فقر الدم.	
الاستخدامات الرئيسية:	التضيقات، الفتق الفرجوى، الجزر المعدي المريئي واضطرابات الحركة مثل الأكالازيا.	القرححات المعدية والمفجية، سرطان المعدة انسداد المخرج اضطرابات الإفراغ المعدي.	سوء الامتصاص داء كرون	الأورام، داء الارتوج، التضيقات مثل الإقفار، الكولون المعطل
لمعدات:	خطر الاستنشاق، قدرة محدودة على إظهار تفاصيل مخاطية لا يمكن من القيام بالحرقة	الحساسية منخفضة بالنسبة للسرطانات المبكرة، لا يمكن من القيام بالخزعة أو التقييم للهليكوباكتر البوابية.	تستهلك وقتاً، التعرض للإشعاع.	صعبة عند المرضى المسنين الضعيفين أو الذين يعانون من عدم استمساك البراز، غير مريحة، تطهير المسنن ضرورى أيضاً لتقييم حالة المستقيم، من الممكن أن تسهل (تعمل) البوليبات والتي هي أقل من اسم، قليلة الفائدة في الداء المعوي الالتهابي.

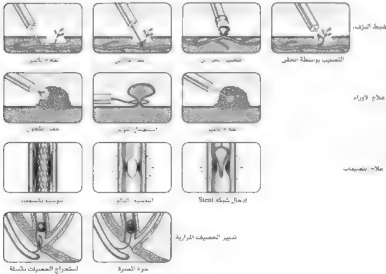
الجدول 5: تخطيط الصدى والتصوير المقطعي المحوسب CT والتصوير بالترين المغناطيسى (MRI) في الاستقصاءات الهضمية			
الاستقصاء	تخطيط الصدى	التصوير المقطعي المحوسب CT	التصوير بالترين المغناطيسى MRI
الاستخدامات الرئيسية	الكتل البطنية مثل الكيسات والأورام والخراجات صمامات الأوعية، تحين توسع الجهاز الصمراوي، الحصى المرارية توجيه عملية الرشف بالإبرة أو أخذ الخزعة من الآفات	تقييم الداء البكرياسي، التوسعات التورمسية الكبدية، تحديد مرحلة الورم، تقييم نوعية الآفات	تحديد مرحلة الورم الكبدى تصوير الطررق الصفراوية والبكرياسية بالتريين المغناطيسى، الأوقات الحوضية وحول الشرج، توسير كرون.
المحددات	حساسيتها قليلة بالنسبة للآفات الصغيرة يعطى معلومات قليلة حول وظائف الأعضاء، تعتمد على مهارة من يقوم بالصوير، يمكن للسمعة وللعارات أن تحجب المنظر (الصورة).	مكلف جرعة شعاعيه مرتفعة، ممكن أن يحدد بشكل أقل بعض الأورام بشكل أقل من الحقيقي مثلاً الأورام المرئية المعدية	دوره في أمراض الجهاز الهضمي لم يتحدد بشكل كامل بعد، بوفرة محدود، عسرة للوقت، عسرة لبعض الناس لا يستطيع في حال وجود معوصات (بدائل) معدية أو باقم خطاً قلبى.



الشكل 10 أمثلة عن الصور الشعاعية الظليلة. A تصديق طويل عسر متطلم (المسهم) مسند سرفطان مريشي B كارسينوما مرحلانية تظهر على شكل نقص امتلاء يمشأ من حجم العدد (المهم) C تصديق طويل عسر د كرون في لفهم الانتهاء لتديق (المهم العريض) وكذلك تدي الصورة تومسراً معاوراً (المهم الصغير) D سرفطان كولون يظهر على شكل تصديق (قبة التفاحة Apple core) في لآعوز (المهم)



الشكل 11: مثبة على تخطيط الصدى والتصوير المقطعي المحوسب والتصوير بالرنين المغناطيسي A: تحطيط لحدسي لكبد طبيعي وتظهر لأوردة الكبدية وهي تدخل إلى الوريد الأجوف السفلي (السهل) B: تصوير مقطعي محوسب يظهر شنت في الفئدة لعامة (السهل) L = الكبد GB = المرارة K = الكليتان S = المرارة P = البنكرياس V = القصيرة A = الأهر I = الوريد الأجوف السفلي C: صورة بالرنين المغناطيسي لحوص طبيعي (صورة سهمية) B = مثبة R = مستقيم I = رحم





## D. التنظير الباطني Endoscopy.

حلَّ في السنوات الأخيرة- التنظير بالميدوي محل التنظير بالأجهزة الليفيه البصرية. وأصبحت الصورة تعرض على شاشة ملونة وتمتلك المناظير أدوات تحكم تسمح بحرك قننها كما أنها تمتلك أيضاً قنوات للرشف ودمج الهواء والعنس وهناك أعداد متزايدة من الأدوات التي يمكن إدخالها عبر المنظار من أجل الإجراءات التشخيصية والعلاجية. ويظهر بعضها في (الشكل 12).

### 1. التنظير الهضمي العلوي Upper gastrointestinal endoscopy.

يصوم المريض لمدة أقلها 4 ساعات ثم يجري التنظير بعد نهضة حميفة للمريض باستخدم البرودوبازيبينات وريدياً. أو باستخدام التحدير الموضعي للعلوم بواسطة المحاحات على أن يوضع المريض بالوضعية الجانبية اليسرى. ويمكن رؤية كامل المري (ما عدا الحنجرة) والمعدة والحرثين الأولين من الفصح. ويظهر (الجدول 6) استطبات ومضادات استطباب والتنظير الهضمي العلوي.

### 2. التنظير المعوي Enteroscopy.

من الممكن رؤية قسم كبير من الأمعاء الدقيقة باستخدام منظار أطول (المنظار المعوي). وللتنظير المعوي أهمية خاصة في تقييم البرف الهضمي الخفي والاكس



#### الجدول 6: التنظير الهضمي العلوي.

الاستطبات:	
• عمرة الهضم (خاصة عند من تجاوز الـ 55 من العمر).	• فقد الوزن.
• الألم البطني العلوي.	• القزف الهضمي الحاد أو المزمن.
• ألم الصدر اللامودحي	• إذا حدث اشتباه بمرض هضمي بعد وجبة ثماريوم
• عمرة البلع.	• الخزعات المعجية في استقصاء سوء الامتصاص.
الإقيا:	
مضادات الاستطباب:	
• الصدمة الشديدة	• فكك (حلم جرئسي) لمعصر لمهش المحوري
• حنثشاء بعضه العلوية الحديث حنثشاء صدر عمر	*Atlantoaxial subluxation
• المستقر، اضطرابات النظم.*	• الالتقلاب الحشوي المحتمل.
• الداء التضمي الشديد.*	
* مضادات الاستطباب هذه نسبية حيث يمكن اجراء التنظير بامان إذا كانت الأيدن حبيره	
الاختلاطات	
• شيعك قثبي تنقسي وذلك بسبب التهضة.	• القزف.
• دات الرنة الاستشباعية	• التهاب شعاف القلب الحمضي (يجب استخدام المصدر
• الالتقاب.	الحيوي بشكل وهائي في حالة إصابة المريض بالتهاب شعاف سابق أو في حال وجود دسليم صمعي عنده).

## 3. تنظير السين والكولون Sigmoidoscopy and colonoscopy

يمكن إجراء تنظير السين إما في العيادات الخارجية وذلك باستخدام منظار بلاستيكي صلب بطول 20 سم أو جرى في صراح التنظير باستخدام جهاز مرئي بطول 60 سم وذلك بعد تطبيق رخصة شرحية محصنة للاستخدام مرة واحدة وذلك من أجل تحضير الأمعاء. وعندما يُنظَر السين مع المستقيم فمن الممكن إجراء تحرر دقيق للبولساير والتهاب الكولون القرحي والتشنجات التورمية الكولونية المستقيمية القاصية، ويمكن بعد تنظيف تام للأمعاء فحص كامل الكولون وعالياً مع اللمانتي، الانتهاء وذلك باستخدام منظار كولوني أطول، هذا وإن استطببات وعضادات تنطبات واحتلاطات التنظير الكولوني مدونة في (الجدول 7).

## 4. تصوير الأقنية الصفراوية والبنكرياس الراجع بالتنظير الباطني (ERCP)

## Endoscopic retrograde cholangiopancreatography:

ولذلك باستخدام منظار للنفخ ذو رؤية جانبية، حيث يمكن إدخال قنية إلى القناة البانكرياسية، الرئيسية والقناة الجامعة وعملية التنظير هذه ذات أهمية كبرى في إظهار محل حائل والشعرة الصفراوية والبانكرياس بوصوح. أما استخداماتها الرئيسية فهي استقصاء اليرقان الاسدي والالتهاب المزاري والداء البانكرياسي المشتبه مثل التهاب البانكرياس المزمن وسرطان البانكرياس هذا ويعكس علاج انسداد القناة الجامعة بالحصيات وذلك بإخراج الحصاة بعد خزغ مصرة كما يمكن تركيب ستنت للتصديقات وتحتاج هذه العملية مهارة عالية كما تحمل خطراً وصحاً في حدوث التهاب بانكرياس بنسبة (3-5%) والبرق بنسبة (4% بعد جرغ المصرة) ولاشقات بنسبة (1%) هذا وقد استبدل تصوير الأقنية الصفراوية والبنكرياس الراجع بالتنظير الباطني بتصوير الأقنية الصفراوية والبنكرياس بالبرق، المعاطيسي MRCP والذي يرودا بصور مشابهة للشعرة الصفراوية والبنكرياس.



## الجدول 7: تنظير الكولون.

## الاستطببات:

- الاشتباه بداء المعوى الالتهابي.
- التنبير في عادة لتعوط
- النزف المستقيمي أو فقر الدم.
- تقييم رخصة الباريوم غير الطبيعية
- ترصد ومر منه سرطان الكولون والمستقيم
- إجراءات علاجية.

## مضادات الاستطببات:

- الصدمة الشديدة.
- احتشاء عضلة قلبية حديث حياق صدر غير مستقر
- اضطراب نظم\*
- الداء التشمسي الشديد.
- انتهاب حشوي محتمل.
- التهاب الكولون القرحي الععال الشديد

\* هذه مضادات استطببات نسبية حيث يمكن إجراء تنظير الكولون بإمان اذا كانت الأذى التي تخبره حبيرة

## الاختلاطات:

- تشييط قلبي شمسي بسبب النفدة
- الانتهاب
- البرق.
- التهاب الشعاع الحمحي (مجب استخدام المصاد الحيوي وقتياً عند المرضى الذين في سواقهم التهاب شعاع أو عندهم دسام صنتي).

قضايا عند المستن:

التنظير الباطني:

- إن إجراءات التنظير جيدة التحمل بشكل عام حتى عند الطاعنين في الزمن.
- يسبون أكثر حساسية للأثار الحسية الناجمة عن عمله التهديم بالمبشرين و/أو مندرولام حيث يكون تثبيط، تنعسي وهبوط، تصبغ، اشتراكي وطول الفترة اللازمة للعودة الى الحالة الطبيعية أكثر شيوعاً عندهم.
- يمكن لعمية تحضير، الأمعاء لتنظير الكولوني ان تكون صعبة عند الاشخاص الضعفين، غير المتحركين كما ان استخدام المركبات ذات الأساس الموسعاتي الصودي يمكن ان يسبب تحملاً و هبوطاً في الضغط لدى يجب تجنب استخدام هذه المواد عند المرضى الذين يعانون من قصور قلبي أو الكلوي المستطلي.
- يجب تجنب استخدام الهيوسيني عند مرضى الترقق، والذي يمكن ان يسبب تسرع القلب غير المنتظم، بصاً ويفضل الفلوكعون ههما إذا دعت الحاجة لاستخدام مصاد حركات حوية.

## E. الفحص النسيجي Histology:

يمكن لمادة الحرة والتي يُحصل عليها اما بالتنظير أو عبر الجلد أن تقدم معلومات مفيدة (نظر الجدول 8).

## II. اختبارات الخمج TESTS OF INFECTION:

### A. الزرع الجرثومية Bacterial cultures:

ين الزروع البيرارية أساسية في استقصاء الإسهال، خاصة عندما يكون حاداً أو مدميً وذلك لتعرف على العضويات الممرضة.

### B. الاختبارات المصلية Serology:

ين تحري الأصداد يلعب دوراً محدوداً في تشخيص الاحماج الهضمية المسببة بالمتعضيات مثل الحدروبية البوابية، أنواع السالمونيلا، والمتحول الحال للنسج.

### C. اختبارات النفس Breath tests:

ين اختبارات النفس غير باصعة ويمكن استخدامها لتحري الاصابة بالحرلونية البوابية، وكذلك من أجل تحري فرط التكاثر الجرثومي في الأمعاء الدقيقة قد تم نقاشها في الصفحة 105



الجدول 8: الأسباب الداعية لإجراء خزعة أو فحص نسيجي.

- الاشتباه بالآفات الحبيبة.
- تقييم الشذوذات المخاطية
- تشخيص الأحصاح (على سبيل المثال: لمبضات الحرلونية البوابية، حبردا لاملية)
- معايرة المحتويات الأنزيمية (مثل: الداي سكوريداز).
- تحليل الطمرات المورثية (مثل: جيات الأورام الجيات الكبيحة للأورام)

## III. اختبارات الوظيفة: TESTS OF FUNCTION

يمكن تعداد من لاختبارات الديناميكية أن تُحرى لاستقصاء مظاهر الوظيفة المعوية والتي تتضمن الهضم والامتصاص والالتهاب وبمودية الطاقة الظاهرية. وإن بعضاً من الاختبارات الأكثر شيوعاً، قد دُوّن في الجدول 9.

الجدول 9: اختبارات ديناميكية لوظيفة جهاز الهضم.			
الإجراء	الاختبار	المبدأ	التعليق
الدهن	اختبار $^{14}\text{C}$ لثريولين في النفس	قياس $^{14}\text{C}$ في النفس بعد تناول الدهن الموسوم شعاعياً عن طريق الفم	مسرّيع وغير باضم لكنه ليس كميّاً.
	دهن براز ثلاثة أيام.	كمية الدهن في البراز عندما يتناول المريض 100 غ من الدهن يومياً. الطبيعي أقل من 20 مل مول يومياً.	غير باضم إلا أنه بطيء ومزعج لكل من يجريه.
اللاكتوز	اختبار H: اللاكتوز في النفس	قياس محتوى H في النفس بعد تناول 50 غ من اللاكتوز فموياً. حيث يستقلب السكر غير المهضوم بواسطة الجراثيم الكولونية في نقص اللاكتاز ويقاس الهيدروجين المرفور.	غير باضم ودقيق إلا أنه قد يحرض الألم والإسهال عند المرضى.
الحسوس الصغروية	اختبار $^{75}\text{Se}$ HCAT	كمية المشع في الجسم لمدة سبعة أيام بعد تناول جرعة هموية من هوموكوليتورين الموسوم بالـ $^{75}\text{Se}$ (أكثر من 15% طبيعي وأقل من 5% غير طبيعي).	دقيق ونوعى إلا أنه يحتاج لزياراتي ويتضمن إشعاعاً ويمكن أن يكون غير قطعي. ويعتبر الكولوليتورين لمصلّى ممال الحساسية والوعية له
لوظيفة الإفرازية الخارجية للبنكرياس	اختبار بانكريولوريل.	تسطر الاستهرارات البانكرياسية الديلورات الفلوروسينية بعد تناولها عن طريق الفم. يمتص الفلوروسين ويعاير في البول.	دقيق ويحسب تنهيب لمفع يحتاج ليومين، وجمع البول يجب أن يكون دقيقاً وهذا أمر أساسي
	الكيموترينسين البرازي أو الإيلاستاز.	المقايسة المناعية لأزيمعات البانكرياس في عينة البراز.	بسيط ومسرّيع ويجنب المريض جمع البول إلا أنه لا يكشف المرض الخفيف.
لتشخيص لحاملية وبموديتها	$^{51}\text{Cr}$ EDTA	المعايرة البولوية للواسم بعد تناوله فموياً. يمتص الكثير من خلال المعاطية الراشعة.	غير باضم نسبياً - ودقيق إلا أنه يشتمل على فعالية مشعة وتواتره محدود
	اختبارات السكاكر (لاكتولوز-رامنوز).	تمتص الأمعاء الدقيقة السكريات الأحادية ولا تمتص الثنائية إلا في حالة التهامها. يعاير الأطراح البولي للسكريين المتناولين عن طريق الفم وتحسب النسبة (النسبة الطبيعية أقل من 0.04)	اختبار غير باضم لتحرى امتصاص الأمعاء الدقيقة (مثال داء كرون، الداء الزلاقي). جمع البول بدقة أمر أساسي
	كاليرونكتين	بروتين يفرز في الكولون بشكل غير نوعي بواسطة العدلات استجابة للالتهاب أو التشوؤ الزمي	اختبار مفيد لمسح الأمراض الكولونية

ومن الأمور الأساسية عند تقييم سوء الامتصاص المشتبه به، إجراء الفحوص الدموية (التعداد، الشامل للدم، سرعة تفل الكريات الحمر (ESR)، الفولات، B12، حالة الحديد، الألبومين، الكالسيوم والفوسفات) كما ويستطلب أيضاً التطهير الباطني مع أخذ حرة من السم البعد من العجز في معظم الحالات

## A. حركية جهاز الهضم Gastrointestinal motility:

هناك سلسلة من الاختبارات اشعاعية المتنوعة، واختبارات قياس الضغط، والاختبارات بالنظائر المشعة وكلها لاستقصاء حركية الأمعاء. إلا أن الكثير منها اختبارات بحثية ودات قيمه محدودة في الممارسة السريرية اليومية

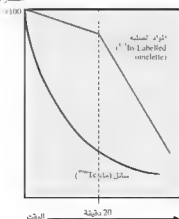
### 1. حركية المري Oesophageal motility:

إن اللقمة الماربتية يمكن أن تقدم معلومات مفيدة حول حركية المري. وقد يكون من الضروري في الحالات الصعبة استخدام التطهير التالفى الفيديو Videofluoroscopy مع تقييم مشترك من قبل معالج لغوي وكلامي وحبر أشعة، إن قياس صعود المري (انظر الشكل 1) والذي غالباً ما يتم مع قياس الـ PH على مدى 24 ساعة ذو أهمية في تشخيص الحالات المستعصية من الحرر المعدي المريئي والأكالاوريا والاثم الصدري غير القلبي

### 2. الإفراغ المعدي Gastric emptying:

قد يكون تأخر الإفراغ المعدي (حرل المعدة) مسؤولاً عن بعض حالات العثيان المستمر، الإقياء والشفخة أو الشبح المبكر، وغالباً ما يكون لتطهير الباطني ودراسات الشارب باستخدام الماريوم طليعية، إلا أنه وفي أحوال كثيرة يفيد حساب كمية النظائر المشعة المحتجزة في المعدة بعد تناول وجبة تحوي أطعمة صلبة وسائلة موسومة بنظائر مشعة مختلفة (انظر الشكل 13).

احتجاز المعدة لنظائر المشعة



الشكل 13: دراسة الإفراغ المعدي يقوم جسم المعدة بحركات خمس تحريث الطعام الصلب المتناول إلى أجزاء صغيرة حيث تقوم حركة الفار لتفحصها بعدها بمعالجة إلى العجز هذا ويؤدى العوامل التالية إلى تأخر إفراغ المعدة (a) السم (b) الحويصة (c) الحمض



الجدول 10: اختبارات النظائر المشعة الشائع استخدامها في الجهاز الهضمي.

الاختبار	النظير المشع	الاستخدامات الرئيسية ومبدأ الاختبار
دراسة الإفراغ المعدي Gastric Emptying Study	$^{99m}\text{Tc}$ Sulphur $^{111}\text{In}$ DTPA	يستخدم في تقييم الإفراغ المعدي وبشكل خاص عند احتمال الإصابة بخلل المعدة
اختبار البولة في النفس Urea Breath Test	البولة $^{14}\text{C}$ أو $^{13}\text{C}$	يستخدم في التشخيص غير الباضع بخللوية البوابية حيث يقوم المريض بتناول الكبسولة بيطور البولة إلى أمونيا و $\text{CO}_2$ والتي تكتشف في الهواء المنفوخ.
تصوير رتج مبيكل	$^{99m}\text{Tc}$ -Pertechnate	تشخيص رتج مبيكل في حالات النرف الهضمي الخفي، حيث تحقق النظائر وريدياً وتتوضع في المخاطية الجدارية الهاجرة في الرتج
تفريغ الكريات الحمراء الموسومة Labelled red cell scan	الكريات الحمراء الموسومة $^{51}\text{Cr}$ ' $^{51}\text{Cr}$ Labelled Erythrocytes'	تشخيص النرف الهضمي الحصى والمعاود حيث ترى الكريات الحمراء الموسومة وهي تخرج من توعية النرف إلى الأمعاء
تفريغ الكريات البيضاء الموسومة Labelled leucocyte scan	الكريات البيضاء الموسومة $^{111}\text{In}$ أو $^{99m}\text{Tc}$ -HMPAO	توصف كمحبات الحر حداث وتورم المعدية الالتهابية في بدء المعوي لالتهاس حيث توصف كريات الترسس بيضاء في مسوب لاختبار ويجاد حقنها حيث تهاجر إلى موضع الالتهاب أو الخمج.

### 3. سرعة العبور المعوي Small intestinal transit

من الصعب جداً قياس العبور المعوي وادراً ما يكون ضرورياً في الممارسة السريرية ويمكن تقديره بشكل تقريبي بالدراسة المتابعة للياريوم المبتلع وذلك بمراقبة الرمز الذي يستغرقه وصول المادة الطليقة إلى النفاثي لاشهائي (مدته الطبيعية 90 دقيقة أو أقل) كما يمكن تقييم سرعة العبور من الصم إلى الأعور بمعص لهيدروجين الناجم عن تلاكترولور في الصم. هاللاكترولور وهو سكر ثنائي يصل بشكل طبيعي إلى الكولون سليماً كما هو. وفي الكولون يتحلط بواسطة البكتريا الكولونية مشكلاً الهيدروجين ويكون زمن الانتقال من الصم إلى الأعور هو الزمن الذي يحدث عنده هذا التحطيم الذي تقاس نتائجه في الهواء المنفوخ.

### 4. الحركية الكولونية والمستقيم الشرجية Colonic and anorectal motility

يمكن الحصول على تقييم زمن الانتقال عبر كل الأمعاء من صورة شعاعية بسيطة مجراة في اليوم الخامس بعد تناول المريض في الأيام 1-3 كريات بلاستيكية حاملة وداب أشكال مختلفة. ويفيد هذا الاختبار في تقييم الإمساك المزمن حيث يمكن ملاحظه المكان التي تحضر فيه آية كريات، كما انه يساعد في تعريق حالات الانتقال البطيء عن تلك الحالات التي تعزى إلى التمعوط المسدود Obstructed defaecation ويمكن تقييم وظيفة الشرج والمستقيم وآلية التمعوط بقياس الصعوط الشرجية المستقيمة والاحتسارات المبريولوجية الكهربائية وتصوير المستقيم أثناء التمعوط.

## IV. اختبارات النظائر المشعة RADIOISOTOPE TESTS:

هناك العديد من اختبارات النظائر المشعة المختلفة (انظر الجدول 10) وبحصل في بعض هذه المحوص على معلومات حول البنية مثل توصع رنج ميكل Meckel's Diverticulum أو تورع المعالية الالتهابية في الداء المعوي الالتهابي و يستخدم أحرون النظائر المشعة للحصول على معلومات حول وظيفة الجهاز الهضمي. مثال معدلات الأهرار المعدي أو قابلية إعادة امتصاص الحموض الصفراوية. كما تستخدمها أحرون في اختبارات الجمع وذلك بالاعتماد على وجود الكتريا انثى تحلمه مادة الاحتياز الموسومة شعاعياً ويتبع ذلك تحري النظائر المشعة في هواء الرفير (مثال اختبار يوريا النفس من أجل الكلرونية البوابية).

## التظاهرات الرئيسة للأمراض الهضمية

## MAJOR MANIFESTATION OF GASTROINTESTINAL DISEASE

## DYSPHAGIA

## عسرة البلع

تعرف عسرة بلع على انها صعوبة في البلع. وقد يصاحبها لدغ حلف القص أو اقياء الآ أنه ينبغي تمييزها عن حالتين أخريتين وهما (1) اللقمة الهيسترية (حيث يشعر الأشعاص القلقون بوجود كتلة في حنوقهم دون وجود سبب عضوي). و(2) البلع المؤلم Odynophagia (وهو ألم مرافق للبلع ينجم عادة عن التهاب المري بسبب الجر المعدني المريثي أو الجمع بالمبيصات) يمكن تصنيف عسرة البلع إلى عسرة البلع الناجمة عن اضطرابات في البلعوم المعوي وعسرة البلع الناجمة عن اضطرابات في المري (انظر الشكل 14) هذا ونعود عسرة البلع الناجمة عن اضطرابات في البلعوم المعوي إلى حلل وطيمي عصبي عضلي يؤثر على بدء البلع في البلعوم والمصرة المريئية العلوية (مثال الشلل البصلي أو الشلل البصلي الكاذب والوهس العصلي الوحيم) حيث يعاني المرمى من صعوبة في بدء البلع ويتطور لديهم الفصص Choking، أو قلنس (ارتداد) الطعام إلى الأنف Nasal regurgitation أو استساق زعامي ويمكن أن يشاهد بخص هؤلاء المرمى سيلان لعاب ورنه ورنه. وعلامات عصبية قحمية أو علامات عصبية أخرى أما بالنسبة لأسباب عسرة بلع المريئية فقد تكون داء سيويأ مثل (التضيقات السليمة أو الحبشة) أو اضطراباً حركياً مريئياً. أما بالنسبة لشكاية مرمى عسرة البلع المريئية فهي الإحساس بأن الطعام عالق في المري بعد بلع مع العلم أن مستوى توقف الطعام الذي يشعر به المرمى يتوافق بدرجة قليلة مع مكان الانسداد الحقيقي. أما بالنسبة لبلع السوائل فيبقى طبيعياً حتى تصبح التضيقات شديدة جداً.

## الاستقصاءات.

تشير عسرة البلع عادة لوجود مرمى مهم ويجب دوماً استقصاؤها بسرعة. ونعتبر التنظير الاستقصاء الأمثل لأنه يُسهل بحري التضيقات المشتبهة كما يسهل أحد حزمة منها وتوسيعها. وإذا لم يُظهر التنظير أية شدودات فإن اللقمة البازيرية (ومن الممكن مع تقييم البلع بالتنظير المألقي الميديوي) سيكشف معظم الاضطرابات الحركية وتحذاح بعض الحالات الثقيلة إلى قياس ضغط المري. يلخص المحطط (انظر الشكل 14) مقارنة مرمى عسرة البلع مع أسبابها الرئيسة.





الجدول 11: أسباب عسر الهضم.	
اضطرابات جهاز الهضم العلوي:	• الداء القرصي الهضمي.
• اضطرابات الحركية مثل تشنج المريء.	• التهاب المعدة الحاد.
• اضطرابات وظيفية (عسر الهضم غير المرضية ومتلازمة الأمعاء الهیوجة).	• الحصيات المرارية.
اضطرابات هضمية أخرى	• بكتيرية (سرطان، التهاب ألبانكراس المزمن).
• السرطان الكوليوي	• كبدية (التهاب الكبد، الاستقالات الورمية إلى الكبد).
داء جهازی:	• انحصور الكلى
• هرج كالكسيوم الدم	الأدوية:
• الكورتيكوستيروئيدات	• مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية (NSAIDs)
• الديجوكسين.	• مركبات الحديد واليوتاسيوم.
أسباب أخرى:	• الكحول.
• نسيبة مثل القلق والاكتئاب	

الجدول 12: المظاهر المتدرة في عسرة الهضم.	
• نقص الوزن.	• القيء الدموي و/أو التقيؤ الزفقي
• فقر الدم.	• عسرة البلع.
• الإقياء	• كتلة بطنية مجسوسة

ي. عسرة الهضم شائعة جداً، حيث تصيب 80٪ من الناس في وقت ما وغالباً لا تكشف الاستقصاءات أية شذوآت، خاصة عند صغار السن. هذا وإن المرضى ذوي الأعراض المدرة وأولئك الذين هم فوق الـ 55 عاماً من العمر ويشكو من عسر هضم حديث أو المزمع الشباب الذين لم يستفيدوا على العلاج التحريسي، كل هؤلاء يتطلون استقصاءً سريعاً لاستبعاد أي مرض هضمي خطير.

قد يظهر المحصن موحودات هامة مثل مظاهر فقر الدم، نقص الوزن، صمامة العقد اللمفية، كتل بطنية أو علامات إصابة كبدية.

ويظهر (الشكل 15) العلامات الإنذارية في عسرة الهضم.

## VOMITING

## الإقياء

الإقياء منعكس معقد ومتكامل إلى درجه كبيرة يدخل فيه السبيلان العصبيين لدائي والحسمي. حيث يحدث نقص متزامن لكل من الحجاب الحاجر والعضلات الورسة والعضلات البطنية مما يرفع الضغط داخل البطن ويرافق ذلك مع ارتقاء المضرة المرتبطة السطحية وينجم عن ذلك قذف قسري لمحتويات المعدة. يترفق الإقياء عادة مع عثان وهرط العاب، وفقد الشهية Anorexia أو عسر هضم، ومن المهم تفريق الإقياء الحففي عن قلنس والتأكد من الإقياء هيماء. كان جاداً ثم مرعماً (ناكساً) وذلك لأن الأسباب الموددة لهما قد تختلف.

قد يظهر الفحص السريري علامات التحمض أو الحمى أو التجمع أو وجود كتل بطنية أو التهاب بريتوان أو  
سدد معوي، وكذلك يمكن أن يكون هناك علامات عصبية مثل ودمة حليمة العصب البصري أو الرؤية أو الخوف  
من لصياء أو صلالة البقرة وقد يشير موجودات أخرى إلى الكحولية أو الحمل أو التهاب Bulimia.

وإن أسباب الإلقاء الرئيسية مدونة في (الجدول 13).



الجنسول 13، أسباب الإقياء.	
الأغجاع:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• التهاب المعدة والأمعاء</li> <li>• التهاب الكبد.</li> </ul>
الأدوية:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مصادات الالتهاب الالاستيروئيدية</li> <li>• المضادات الحيوية.</li> <li>• الأفيونات.</li> </ul>
الأمراض الهضمية:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• داء القرص الهضمي المزمن مع أو بدون انسداد مخرج المعدة.</li> <li>• خذل المعدة (كما هو الحال في السكري، صلابة الجلد، الأدوية).</li> <li>• سرطان المعدة.</li> </ul>
حالات البطن الحادة:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• التهاب الزائدة الدودية.</li> <li>• التهاب المرارة.</li> </ul>
اضطرابات الجهاز العصبي المركزي:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• التهاب العصب الدهليزي.</li> <li>• الشقيقة.</li> </ul>
أسباب استقلابية:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• الحماض الخلوي السكري.</li> <li>• مرض لبولة الدموية.</li> </ul>
أسباب أخرى:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• أي ألم شديد مثل الألم الناشئ عن احتشاء العضلة القلبية.</li> <li>• المنشأ النفسي.</li> </ul>

## GASTROINTESTINAL BLEEDING

## النزف الهضمي

### 1. النزف الهضمي العلوي الحاد:

#### ACUTE UPPER GASTROINTESTINAL HAEMORRHAGE:

يشكل النزف الهضمي العلوي الحاد الحالة الإسعافية الهضمية الأكثر شيوعاً ويُقصد به مشايخ المملكة المتحدة سنوياً 50-120 حالة من أصل 100 ألف من السكان. ويظهر (الشكل 16) الأسباب الشائعة للنزف الهضمي.

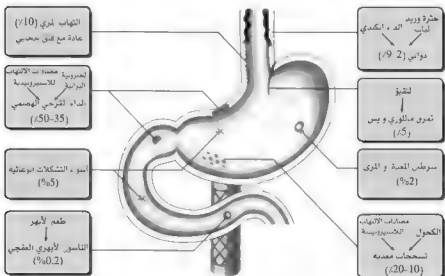
#### A. المظاهر السريرية:

قد يكون القيء الدموي أحمر مع حلطات دموية عندما يكون النزف عريضاً أو أسود (محلل القهوة Coffee Grounds) عندما يكون النزف أقل شدة، قد يحدث الغشي ويكون سميح هبوط الضغط، الشرباني الساحم عن استتراف الحجم داخل الوعائي. وتشعر أعراض فقر الدم إلى النزف المزمن وتستعمل عازره التعوط البرفتي لوصف

مرور برار اسود هطرائى يحوي دما متعبراً ويحدث هذا عادة في سرف جهاز الهضم العلوي على الرغم من ان السرف من الجانب اليمين للكونون قد يكون السبب أحياناً. ويعود المظهر المميز للبرار الى تأثير الأبريمات، الهاسمة والحراثيم على الخصاب ويمكن في بعض الأحيان للسرف الهضمي العلوي الحاد الشدد ان يسبب براراً احمر داكناً أو فاتحاً

## B. التدبير:

1. فتح طريق وريدي إلى الخطوة الأولى هي تأمين طريق وريدي وذلك باستخدام قنية داب قطر كبير
2. إجراء تقييم سريري أولي:
  - حدد حالة الدوران حيث يسبب السرف العربر تسرعاً قلبياً مع هبوط للضغط وشح لبول. ويكون المريض بارداً ومتعرقاً وقد يكون هائجاً.
  - ابحث عن دليل يشير لأصابة كبدية هاليرقان والعلامات الجلدية المميزة والصحامة الكبدية الطحالية والحبن كلها علامات قد تكون موجودة في حالة تشمع الكبد غير المعاوض.
  - حدد المراجعة المرافقة هوحد داء قلبي تنصي أو وعائي دماعي أو كلوي هام وذلك من ناحيتين الناحية الأولى أن هذه الأمراض قد تزداد سوءاً بسبب السرف الحاد وأما الناحية الثانية فهي أن هذه الأمراض تزيد من خطورة التطهير الهضمي والعمليات الجراحية.



الشكل 16: أسباب النزف الهضمي العلوي الحاد. تواتر الحدوث بين قوسين.

## 3. الفحوص الدموية. وتتضمن:

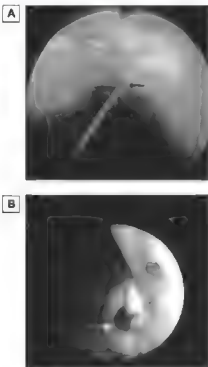
- تعداد دموي شامل. حيث يؤدي البرف تحت الحاد أو المزمع إلى فقر دم إلا أن تركيز حصاب الدم قد يبقى طبيعياً بعد البرف الشديد المضاجئ وذلك حتى حدوث تمديد الدم.
- معايرة البولة والشوارد. فقد تظهر هذه المعايرة دليلاً على القصور الكلوي. مع العلم أن البولة الدموية ترتفع لأن نواتج الدم المتواجد في اللمعة تمتص وتمقلب في الكبد.
- اختبارات وظائف الكبد.
- زمن البروترومبين. إذا كان هناك علامات لإصابة كبدية أو عند المريض الذين يتناولون مضادات تخثر.
- اختبار التصلبات لوحدين دمويين على الأقل.

4. الإنعاش. تُعطى لسوائل لمطوية Crystalloid أو السوائل العروانية وذلك لاستعادة الضغط الدموي الطبيعي يُنقى الدم عندما يكون المريض مصاباً بصدمة أو عندما يكون تركيز الحصاب عنه أقل من 100 غ في الليتر يجب تجنب السيروم الملحي في مريض الداء الكبدي لأنه يمكن أن يسبب الحصى تحرى مراقبة الضغط الوريدي المركزي (CVP) في البرف الشديد خاصة عند المريض انقباض وذلك للمساعدة في تحديد حجم السائل الذي ينبغي تعويضه وكذلك في تحري عودة البرف
5. الأوكسجين: يجب أن يعطى الأوكسجين بشعاع الوجه لكل المريض المصاب بالصدمة.

6. لتنظير الهضمي يجب أن يعثر التنظير بعد انعاش المريض انعاشاً كاملاً ويمكن بواسطة التنظير تشخيص (84) من الحالات وبالنسبة للمريض الذين يظهر التنظير لديهم علامات رئيسية معيرة لبرف حديث (انظر الشكل 17) فإنهم يُعالجون تنظيرياً باستخدام المساز الحراري أو حقن الأدرينالين الممدد (أيبي مريض) في النقطة النازعة أو تطبيق الملقاط المعدية وقد توقف المعالجة التنظيرية البرف المعال وتتم عودته. مما يجب هؤلاء المريض الحاجة للجراحة كما تستخدم المعالجة التنظيرية أيضاً لعلاج الدوالي وكذلك لعلاج التشوهات الوعائية واحياءاً لعلاج تمزقات مالتوري وايس.

- يُجرى فحوص (Scanning) للكربت الحمر الموسومة شعاعياً أو تصوير الأوعية الحشوية عندما تكون نتيجة التنظير صعبة والمريض يعرف شكل فعال على الأقل 1 مل كل دقيقة وبشكل تنظير الكولون الحبار الأخص بالنسبة للبرف الأقل شدة وتشكل التشوهات الوعائية السبب الأكثر شيوعاً لهذا البرف أما عند المريض الشباب فإن لدراسة الوعائية بالتكسيوم لموسوم  $^{99}\text{Tc}$  يمكن أن تظهر برفاً من رتج ميكلي.

يظهر التحليل المقارن لـ 21 تقريراً أن لمعالجة التنظيرية (حقن الأدرينالين) لايس مريض) في النقطة النازعة. تطبيق لطاقه (بشرة) حراريه و التحثير الكهربى) تنزل من معدل عودة برف القرحة كما تقلل من الحاجة لجراحة الملحة ومن معدلات الوفاة في المرضى.



الشكل 17، علامات مميزة رئيسة لمرض حديد. A: مرض تدفقي فعال (السهم) من قرحة عميقة، وعندما يترافق بصدمة على 80٪ من الحالات ستتبع اليرف و ستعود لتتدفق من حديد B: وعاء مرعي (السهم) وفي حقيقة الأمر هي أم دم كاذبة للشريان المعدي والذي يُرى هنا في قرحة هضمية قبل البواب ويشكل احتمال عودة اليرف في هذه الحالة ما سسته 50٪ من الحالات

7. المراقبة، ير قلب المرص شكل لصيق مع قياس التنفس والضغط الدموي والصادر التولي كل ساعة

8. العمل الجراحي: يجرى العمل الجراحي الإلحاحي عندما

• يفشل التدخل عبر التظهير الهضمي في إيقاف النزف الفعال.

• عندما ينكس اليرف لمرة واحدة عند مس أو مريض مهلك أو عندما ينكس مرتين عند مريض شاب سليم المية. يعتمد اختيار العمل الجراحي على موضع وتشخيص الإصابة المازفة، فالقرحات المعوية تعالج بالخياطة "under running" مع أو بدون تصحيح النواب. ومع أنه يمكن أن نحري الخياطة "under running" لعلاج القرحات المعوية إلا أن الاستئصال مناسب أكثر إن كان ممكناً. هذا ويجب أن تُحري الخزعات دوماً وذلك

لاستبعاد الكارسيوما، ويستطلب الاستئصال الجراحي للمعدة إذا كان هناك أي شك بالكارسيوما أو كان الاستئصال البسيط غير ممكن. ويتبع عقب الجراحة الباردة للزف القرخي ن يعالج كل المريض معالجة استئصالية لجراثيم الحلوسة النواوية إذا كانت إيجابية كما ينبغي على المريض مستملاً تحب مصادات لالتهاب اللاسيروئيدية (NSAIDs) ويجتاح مريض القرحة المعوية إجراء اختبار البولة في النفس لاثبات الاستئصال الناجح لتلك الجراثيم.

## C. الإنذار:

ن نسبة الوفيات عند المريض المقبولين في المشاة نشخيص مرف هضمي علوي هي 10٪ تقريباً ويظهر (الجدول 14) عوامل الخطورة التي تزيد من نسبة الوفيات.

هذا ويمكن تقليل معدل الوفيات بواسطة الوحدات المختصة والتي يكون التدبير فيها مشتركاً بين الأطباء والممارسين والحر حين كما تطبيق فيها الأنظمة المتفق عليها بالنسبة لنقل الدم والجراحة.

## II. النزف الهضمي السفلي LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING:

يمكن للنزف الهضمي السفلي أن يكون من الأمعاء الدقيقة أو الكولون أو القناة الشرجية ومن المعيد تعبير المريض الذين يتظاهرون مرف حاد عريض عن أولئك الذين يتظاهرون مرف مزمع أو تحت حاد ذي شدة أقل. (نظر الجدول 15)

### EBM

#### القرحات النازفة- العلاج النواوي المساعد:

يشكل التسريب الوريدي لمنظمات مضخة أليوتون من معدلات عودة النزف ومن الحاجة للجراحة الألية لا يقتل من نسبة الوفيات وذلك عندما يعطى للمريض الذين أحصوا للمعالجة التنظيرية لنزف كبير من قرحة هضمية

الجدول 14. عوامل الخطورة التي تزيد من نسبة وفيات مريض النزف الهضمي العلوي الحاد.	
العامل	العلامة
زيادة العمر	ترداد الخطورة عند من هم فوق الـ 60 من العمر وخاصة عند الطاعين في سن
المراجعة المراجعة	يردق اسرطان المتعدم والقصور الكبد والكولي مع نسبة وفيات عالية
الصدمة	وتحدد ينص كثر من 100 / د ويصعب دموي قل من 100 ملم زئبق
استشخيص	إذا كان سبب النزف الدوالي أو السرطان يكون الإنذار هو الأسوأ
الموجودات التنظيرية	إن مرف المعال ووجود وعاء مريض غير بارز بالتنظير الداخلي من شأنه مع خطورة عالية لاستمرار النزف
عودة النزف*	تزيد الوفيات بنسبة عشرة أضعاف.
* يعرف على أنه في دموي جديد أو تموت زئبق ممراف مع صدمة أو هبوط الحصاب أكثر من 20 غ / اللتر على مدى	

## الجدول 15: أسباب النزف الهضمي السفلي.

• داء الرنوح.	• الأذية المعوية الإسهارية
• عسر التئسج الوعائي	• رتج ميكل
المعتدل، المزمن / تحت الحاد:	
• الأهاب الشرجية مثل الشقوق والبواسير	• عسر التئسج الوعائي
• الداء المعوي الالتهابي.	• التهاب الأمعاء الشعاعي.
• السرطانة.	• القرحة المستقيمية الوحيدة
• السليطات الكبيرة (البوليبيات).	

## A. النزف الهضمي السفلي الحاد الشديد Severe acute lower gastrointestinal bleeding:

يعتبر النزف الهضمي السفلي الحاد الشديد حالة طبية إسعافية غير شائعة حيث يتظاهر المريض بسعال أحمر عريض أو أحمر داكن وبالصدمة وبشكل داء الرنوح السبب الأكثر شيوعاً له. ويمرّ النزف الحاد لتقرح شريان في فوهة الرتج وغالباً ما يتوقف هذا النزف تلقائياً.

إن عسر التئسج الوعائي Angiodysplasia هو مرض المسنين حيث تتطور عددهم تشوهات وعائية في لكرولون لقريب وهو أكثر شيوعاً عند المرضى الذين يتلقون علاجاً بمضادات التحدّر عقب استبدال لانسام الأبهرى. ويمكن لهذا النزف أن يكون حاداً وعريضاً ولكنه يتوقف عادة تلقائياً. إلا أنه من الشائع أن ينكمس. أما بالنسبة لتشخيص فهو صعب غالباً. وقد يظهر تنظير الكولون بقعاً وعائية مميزة تُدعى بالمسكوتات الوعائية.

في حالة النزف الحاد يظهر تصوير الأوعية الحشوية النزف باتجاه اللمعة المعوية كما قد يظهر وريداً بازحاً كبيراً شاداً. ولا يعبر التشخيص عند بعض المرضى إلا بفتح البطن مع تنظير الكولون على طاولة لحرارة، و لعلاج المستحب هو التحدّر الحراري بالتنظير: إلا أنه قد يكون من الضروري في الحالات الشديدة استئصال نصف لكرولون الأيمن.

يعود سبب الإفقار إلى سدّاد الشريان المساريقي السفلي ويتظاهر بظولنج بطى ونزف مستقيمي ويجب التحدّر بالإفقار عند المرضى (وشكل خاص المسنين) الذين لديهم دلائل على الإصابة بالتصلب العصيدي المعمم

إن رتج ميكل مع طلبة طهارية معدية هاجرة يمكن أن يترجم ويستج على شريان كبير. ويجب التوجه والتفكير بهذه لحاله عند الأطفال أو اليافعين الذين يتظاهرون بنزف هضمي سفلي عريض أو معاود. وتكون الدراسة التومضائية لرتج ميكل إيجابية أحياناً، إلا أن فتح البطن هو الذي يشخص الحالة عادة وعندها يجب استئصال الرتج.



## B. النزف الهضمي السفلي تحت الحاد أو المزمن:

### Subacute or chronic lower gastrointestinal bleeding:

هذا النزف شائع بشدة في كل الأعمار وسببه عادةً الواسير أو الشق الشرجي. ويكون النزف الباسوري أحمر فاتحاً ويحدث أثناء أو بعد التغوط.

ويجوز تطهير المستقيم لانحار التشخيص. إلا أنه عند الأشخاص الذين لديهم إصابة للمزف تعبر في عذبات التغوط وكذلك عند كل المرضى فوق الـ 40 من العمر يكون من الضروري إجراء تنظير للكولون أو الحقنة الباريئية وذلك لاستبعاد سرطان الكولون والمستقيم الذي يمكن أن يرافق الحالة. ويجب الاشتباه بالشق الشرجي عندما يحدث أثناء التغوط نزف مستقيمي لدم طازج مع ألم شرجي.

## III. النزف الهضمي الخفي OCCULT GASTROINTESTINAL BLEEDING:

يقصد بالنزف لخمى وجود الدم أو بواتج تحطمه في البراز مع عدم إمكانية رؤيته بالعين المجردة وقد يصل «النزف» لخمى إلى 200 مل يومياً مسبباً فقر دم بعور الحديد ومشيراً إلى مرض هضمي خطير وقد يكون أي سبب من أسباب النزف الهضمي مسؤولاً عن النزف الخفي إلا أن السبب الأكثر أهمية هو سرطان الكولون والمستقيم وخاصة سرطانية الأعور والتي قد لا تبدي أية أعراض هضمية.

وفي الممارسة السريرية يجب أن يؤخذ بالاعتبار استقصاء الجهاز الهضمي في أي وقت يشكو المريض فيه من فقر دم بعور الحديد غير مفسر. إن فحص البراز من أجل تحري وجود الدم غير ضروري ويجب ألا يؤثر على قرار «استقصاء» جهاز الهضم ذلك لأن نرف الأورام عائلاً ما يكون منقطعاً والنتيجة السلبية لتحري «دم الخفي» في البراز (FOB) لا تنفي مرضاً هضمياً هاماً. هناك العديد من مرضى سرطان الكولون والمستقيم كانت نتيجة تحري الدم «خفي» في برازهم سلبية عند القبول. إن القيمة الوحيدة لتحري الدم الخفي في البراز هي كونها اختبار مسح للأمراض الكولونية عند الناس المعرضين.

## DIARRHOEA

## الإسهال

بنزوح تو تر «تغوط» عند الأشخاص الطبيعيين من ثلاث مرات يومياً إلى مرة كل ثالث يوم. وبنزوح قوام البراز من شبيه بالترديد إلى قاسٍ وعلى شكل كرات صغيرة.

ويعتمد الكثير من المرضى والأطباء أن الإسهال يعني زيادة تواتر العائط والبراز الرخو أو المائي. بينما يعرف أطباء الهضمية الإسهال على أنه خروج أكثر من 200 غ من البراز يومياً. وبمساعدة قياس حجم البراز أحياناً في تقييم حالة المريض وبشكل الشعور بالبحاح التغوط العرض الأكثر شدة عند العديد من المرضى. وهذا وإن عدم استمساك البراز أمر شائع في أمراض الإسهال الحاد والمزمن.

## I. الإسهال الحاد ACUTE DIARRHOEA:

الإسهال الحاد من الحالات الشائعة جداً ويعود سببها عادة إلى الانتقال البرازي المموي لديمارت الحراثيم، والميروسات وئيكتريا أو المعصيات وحيدة الخلية (الأوالي). وبدوم الإسهال الحمضي عادة فترة قصيرة وبادراً ما يكون سبب الإسهال حمضياً عند الممرضى الذين يحضرون بقصة إسهال استمر لأكثر من عشرة أيام وهناك مجموعة متنوعة من الأدوية والتي قد تكون مسؤولة عن الإسهال الحاد وتتضمن المصادات والأدوية السامة للعلايا ومشطت مصعة البروتون ومصادات الالتهاب عبر المستبرونيدية

## II. الإسهال المزمن أو الناكس: CHRONIC OR RELAPSING DIARRHOEA:

إن النسب الأكثر شيوعاً للإسهال المزمن أو الناكس هو متلازمة المعى المنهيج (انظر لاحقاً) والتي يمكن أن تظهر بصورة زيادة تواتر التغوط ويكون البراز رخواً ومائياً أو على شكل كرات صغيرة وبادراً ما يحدث الإسهال ليلاً وأشد ما يكون قبل وبعد وجبة الإفطار، بينما يكون المريض في باقي الأوقات مصاباً بالامساك وهناك أعراض مميزة أخرى لمتلازمة المعى المنهيج، ويحوي البراز المحاط غالباً إلا أنه لا يحوي دماً إطلاقاً ويكون حجم براز الـ 24 ساعة أقل من 200 غ.

ويمكن تصنيف الإسهال المزمن كداء كولوني أو كداء أمعاء دقيقة أو سوء امتصاص (انظر الجدول 16). هذا وبصورة السريرية وعخص البراز والفحوص الدموية الروتينية والتصوير يُظهر التشخيص في حالات كثيرة، إن سلسلة الاستقصاءات لسلبية تشير عادة إلى متلازمة المعى المنهيج، إلا أنه يكون واضحاً عند بعض الممرضى أن لديهم داءً عضوياً وهؤلاء يحتاجون لمزيد من الاستقصاءات الشاملة.

## MALABSORPTION

## سوء الامتصاص

إن هضم وامتصاص المواد المعدنية عملية معقدة ومتناسقة إلى درجة عالية ودات فعالية قصوى ويطرح بشكل طبيعي في البراز أقل من 5٪ من الكاربوهيدرات والدهون والبروتين المتناول، هذا وإن تزامن الإسهال مع نقص الوزن عند الممرضى ذوي التغذية الطبيعية، يسمى أن يوجه دوماً إلى الاشتباه بسوء الامتصاص.

إن أعراض سوء الامتصاص مختلفة في طبيعتها ومتنوعة في شدتها، ويكون التغوط طبيعياً بشكل ظاهر عند عدد قليل من ممرضى سوء الامتصاص، أما الحالة الاعتيادية عند هؤلاء الممرضى هي شكايتهم من الإسهال ولدي يمكن أن يكون مائياً ودا حجم كبير أما عندما يكون البراز شاحباً وكبير الحجم وكريه الرائحة ويظلمو في دورة المياه (التغوط الدهني Steatorrhea) فإنه يشير إلى سوء امتصاص الدهون وقد يوجد عند الممرضى شحاح بطى وقرقرة، ومغص، ونقص وزن وطعام غير مهضوم في البراز. ويشكو بعض الممرضى من الدعث والوسى فقط، بينما يمكن أن تكون الأعراض عند ممرضى آخرين مرتبطة بنقص الفيتامينات البوعية والعناصر الزهيدة والمعادن (مثل لكالسيوم والحديد وحمض الفوليك) (انظر الشكل 18).

الجدول 16: الإسهال المزمن أو الناكس.			
الأمعاء الدقيقة	سوء الامتصاص	الكوليوني	الأمعاء الغليظة
برر مائي كبير بحجم تقارب 3 بطي ألم مفرط في منتصف البطن.	تعود دهن طعام غير مهضوم في البراز نقص وزن واضطرابات عذائية	دم ومخاط في البراز والم بطي سمي معص	الأمعاء الغليظة
الأورام الحميدة لـ VIP VIPoma. المثار بالأدوية - مضادات التهاب غير الستيرويدية. - مثبطات عودة قسط الميتوكوندري الانتقائية	بنكرياس - التهاب البنكرياس المزمن. - سرطان البنكرياس. - التهاب الكبد. اعتلال معوي: - الداء الزلاقي. - الذئب الاستوائي. - اللقمو. - توسع الأوعية الدموية.	الداء المعوي الانتفاخي التشمعات.	بعض الأسباب
حجم البراز انهمومات انغوية متابعة البريوم	مخطط الصدق، التصوير المقطعي المحوسب CT, FRCP مناعة البريوم	تظهر السعال المزمن مع الحرقات ورجصة البريوم أو تطير الكولون مع الحزعات.	الاستقصاءات

## A. السبببات والمرضيّات:

ينجم سوء الامتصاص عن شذوذات العمليات الثلاثة التي تعتبر أساسية للهضم الطبيعي

1. سوء الهضم داخل اللمعة . يحدث بسبب عوز الصفراء أو الأنزيمات البنكرياسية والذي ينجم عنه انحلال وحلقة غير كافية للعديات ويؤدي ذلك إلى سوء امتصاص الدم والبروتين وهذا يمكن أن يحدث أيضاً في حال وجود هزل نمو جرثومي في الأمعاء الدقيقة.
2. سوء الامتصاص المخاطي. ينجم عن الامتصاص الحرني للأمعاء الدقيقة أو عن الحالات التي تحرب طهارة الأمعاء السابقة مما ينقص مساحة سطح الامتصاص المعوي وينقص المعالجة الأريمية
3. الانسداد المعوي بعد المخاطية حيث يمنع هذا الانسداد أحد ونقل الدم الممنصة إلى الأوعية الدموية كما أن زيادة الضغط في هذه الأوعية سبب رشحاً إلى اللمعة المعوية مؤدياً إلى اعتلال معوي مصعب للبروتين.

## B. التشخيص والاستقصاءات:

تحري الاستقصاءات من أجل إثبات وجود سوء امتصاص أولاً وبعدها من أجل تحديد سببه ويمكن لاختبار تدم الروبيبية أن تظهر واحداً أو أكثر من الشذوذات المبينة في (الجدول 17). أما بالنسبة للاختبارات المثبتة لسوء امتصاص الدم والبروتين فيمكن إنحارها كما هو موصوف سابقاً ويظهر (الشكل 19) مقارنة لاستقصاء سوء الامتصاص.



الشكل 18. المقابيل المحتملة لسوء الامتصاص

## الجدول 17. اختبارات الدم الروتينية في سوء الامتصاص

الدموية:

- فقر الدم صغير الكريات (نقص الحديد).
- فقر الدم كبير الكريات (نقص الفولات أو B12).

الكيمائية الحيوية

- نقص فيتامين A.
- نقص فيتامين D.
- نقص مغنيزيوم الدم.
- نقص فوسفات وزيك الدم.





الشكل 19: استقصاء سوء الامتصاص المشتبه.

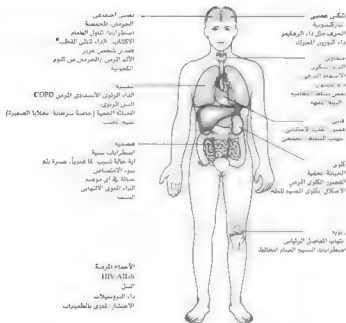
## WEIGHT LOSS

## نقص الوزن

يمكن لنقص الوزن أن يكون فيزيولوجياً وذلك بسبب تطبيق حمية أو معارين أو محمصة أو نقص تناول المواد الغذائية الذي يحدث عند كبار السن. وبالمقابل فإن نقص الوزن قد يشير إلى داء ما حيث أن نقص الوزن أكثر من 6 كغ على مدى سنة أشهر يعتبر أمراً هاماً وقد يكون لتسجيلات الوزن في المشاي وفي الممارسات العامة أهمية كبيرة لأن إعادة وزن المريض في فواصل زمنية أمر مفيد لأن المريض الذي يفتقر وزن سبب واضح قد يستعيدون أوزانهم أو تستقر عند حد معين في بعض الأحيان. وبشكل عام يعود سبب نقص الوزن المرضي إلى الداء النفسي، الداء الهجاري، والأسباب الهضمية أو المراحل المتقدمة للداء في أي جهاز عصوي نوعي (انظر الشكل 20)

## A. القصة المرضية والمحص: History and examination

نادراً ما يكون نقص الوزن كمرض معزول مشاركاً لداء عصوي حطير. وبشكل دائم تقريباً تكشف القصة المرضية الدقيقة، والمحص لمرضي والاختبارات المخبرية البسيطة ملامح أخرى والتي تعود لتشخيص نوعي



الشكل 20. بعض الأسباب الهامة لنقص الوزن.

\* نداء شغف القلب (شغف الاكتئاب المزمن) وهو اضطراب في المزاج يحدث فيه ميوذات من الاكتئاب و الهوس

## 1. نقص الوزن المعيرولوجي Physiological weight loss

قد يكون نقص الوزن المعيرولوجي واصحاً عند الشباب الذين يشيرون إلى تغيرات في نشاطهم البدني و طرؤهم الاجتماعي. لأنه قد يكون النكد من نقص الوزن المعيرولوجي أكثر صعوبة عند المسن حيث أن قصة بدول هؤلاء للأغذية قد تكون غير موثوقة و غالباً ما تكون مساعدة أخصائي التغذية مفيدة

## 2. المرض النفسي Psychiatric illness

إن علاج لكمة العصبي والنوليميا (التهام) bulimia والاضطرابات العاطفية يمكن أن تصحح فقد من حالات لتفريق نفسي المنهجي. هذا ويعتمد المرضي الكحوليون أوزانهم نتيجة إهمالهم لأنفسهم وقلة تناولهم بعداء

## 3. الأمراض الجهازية Systemic diseases.

يجب الأخذ بالاعتبار الأحماض المرمسة والتي تتضمن السل والأحماض النولية والصدرية المعاودة وسلسلة من أحماض بالتفصيلات وبالأولي ومن الأمور الأساسية قصة سفر المريض الى الخارج وممارسة انشطادات عالية، الخطورة و لمظاهر النوعية مثل الحمى والتفرق الليلي والعرواءات والسعال المنتج وعسرة الشول هذا وإن بعض لأسئلة الحساسية المناسبة فيما يتعلق بأسلوب حياة المريض (النشاط الحسي غير الشرعي وتماطي المخدرات) يمكن أن تشير إلى مرض مرتبط بالـ HIV.

كما يشكل نقص الورن مطهراً متاحراً للعدانة المنتشرة (سرطانة، لموما أو الاضطرابات الدموية الأخرى)، من الأعراض النوعية و لعلامات الميربائية والجراءات التصويرية ذات الصلة بالاضطراب الجهاري أو الشذوذات الكيميائية الحيوية أو الدموية تكون ثابتة على الأغلب.

## 4. الداء الهضمي Gastrointestinal disease.

يمكن على الأغلب لأي مرض هضمي أن يسبب نقصاً في الورن همسة البلع وانسداد محرج المعدة يسبب نقصاً في تناول الأغذية. ويمكن لعدانة في أي موضع أن تسبب نقصاً في الورن وذلك بسبب الانسداد الميكانيكي والقهم أو بسبب التآثيرات الجهازية المتواسطة بالسيتوكين، كما ويمكن لسوء الامتصاص الناحم عن أمراض البنكرياس أو سوء الامتصاص الناحم عن أسباب تتعلق بالأعماء الدقيقة أن يؤديا لنقص وزن شديد مع نقص العدبات النوعية. هذا وإن الأمراض الالتهابية مثل داء كرون والتهاب الكولون النقرحي تسبب قهماً وجوهاً من تناول الطعام وفقدان للبروتين و لدم و لعدبات من الأعماء.

## 5. أمراض نوعية لأي جهاز عضوي رئيسي Specific diseases of any major organ system.

قد يكون من الصعب تشخيص هذه الأمراض بدون مشعر عالٍ للاشتباه بها. فهي قد تسبب نقصاً للورن بواسطة سلسلة من آليات تتضمن تعبر الاستقلاب في الداء السكري وداء أديسون والاسماد الدرقي. يحدث نقص الورن كنتيجة لربادة المتطلبات الاستقلابية عند مرضى المرحلة الأخيرة للداء التسمي والقلبي وهناك آليات متعددة مسؤولة عن نقص الورن في حالات كثيرة وعلى سبيل المثال في داء باركنسون والاضطرابات العصبية، التأكسدية الأخرى يقل تناول الأعذية ويزيد المتطلبات الاستقلابية يحدث نقص الورن عند مرضى الاضطرابات الرئوية والوعائية الكولاجينية في المراحل المتقدمة أو في طور التعافية بسبب تشارك القهم والإعاقة الحسية، وتغير المتطلبات الاستقلابية، إصابة الى التآثيرات لجهازية لتلك الأمراض.

في العديد من الأمراض يمكن أن يجتمع القهم مع نقص الورن وذلك بسبب تآثر العلاجات الدوائية (مثل ديدجوكسين) والتي قد تسبب العثيان وعسر الهضم والامساك أو الاكتئاب النفسي. وبعض أسباب نقص الورن والتي

يعمل بسهولة مدوية في (الجدول 18).

## الجدول 18، بعض أسباب نقص الوزن غير المفسر والتي تفعل بسهولة.

• لاختئاب/ القلق.	• الداء السكري/ فرط نشاط الدرق.
• لآلم امريز او الحرمان من النوم	• الحثالة الحمية (مثال في الكولون لفريز، في الكلية للمفوما).
• لحرمان الاجتماعي النفسى/ سوء التغذية عدد المستين.	• القهم العصبي في المجموعات غير سمودحية للأصبة.
• لحالات المرافقة مثل لداء الرئوى الانسدادي المزمن	• اضطرابات صموية نادرة، مثل داء أدسون ونقص نشاط الغدة النخامية الشامل.
• لشدد (COPD) وقصور القلب	

## B. الاستقصاءات:

في الحالات التي لا يتصح فيها سبب نقص الوزن بعد احد القصة السريرية كاملة وإجراء الفحص الفيزيائي وكذلك في الحالات التي يُعثر فيها وجود حالة مرافقة لنقص الوزن محتملاً، تستلزم الاستقصاءات التالية تحليل البول من أجل السكر والبروتين والدم والاحبارات الدموية التي تتضمن اختبارات وظائف الكبد، عوزكور، الدم العشوائي، اختبارات وظائف الدرق، سرعة التفل (قد تكون مرتفعة في الأحماض غير المشبعة مثل (السل) و اضطرابات النسيج الصامة والخثابة) وفي بعض الأحيان قد تكون الاختبارات الباصعة ضرورية مثل رشف بقي العظم أو حرمة الكبد وذلك لكشف حالات مثل السل الدخني الخفي.

نادراً ما يكون التصوير المقطعي المحوسب للطنى وللحوص ضرورياً ولكن قبل اللجوء إلى عمل باصع أو إلى استقصاءات مكلفة جداً ينبغي دوماً مراجعة القصة المرضية للمريض وإعادة وزن المريض بمواصل رسمية.

## CONSTIPATION

## الإمساك

يعرف الإمساك على انه تمرير براز قاس بشكل غير متواتر ويمكن أيضاً أن يشكو المريض من عصر Straining وإحساس بتمريح غير كامل للعائط ومن ابرعاج بطني أو في المنطقة حول الشرج. وقد يكون الإمساك هو النتيجة النهائية للعديد من الاضطرابات الهضمية والاضطرابات الطبية الأخرى (انظر الجدول 19)

هذا ويعتبر داء الإمساك ومدته وممراته أموراً هامة همتلاً يشير داء الإمساك عند الولادة إلى داء هيرشسبرنج Hirschsprung بينما إذ ما حدث تغير حديث العهد في عادات النمط في متوسط العمر ينبغي أن يرفع درجة الاشتباه بالاضطرابات الهضمية مثل سرطانة الكولون يعتبر وجود أعراض مثل البرف المستقيمي وآلم ونقص لوزن مؤشرات هامة وكذلك الأمر بالنسبة لوجود عصر مفرط وأعراض موحية لتآذر المعى المتهيج وقصة إمساك في مرحلة الطفولة واضطراب عاطفي.

يقدم لمحص الدقيق للوصول إلى التشخيص أكثر مما يقدمه الاستقصاء الشامل. وينبغي البحث عن اضطرابات طبية عامة وكذلك البحث عن علامات الانسداد المعوي. كما ينبغي التفكير بالاضطرابات الهضمية وخاصة صبات الحين الشوكي. هذا ومن الأمور الأساسية تأمل المنطقة المعابية ومحص المستقيم لأنهما قد يظهران شذوذاً مرضية للحوص (مثلاً هبوط غير طبيعي، احتلال الحرس) أو المستقيم أو القناة الشرجية (كتل، انحشار مراري أو تدلى)



## الجدول 19: أسباب الإمساك.

الاضطرابات الهضمية:	
نقص الألياف و/أو نقص شرب السوائل.	• <i>البطيئة</i>
الحركية.	• سرطانة الكولون
• الإمساك بسبب الميوز البطني.	• الداء الارتجبي.
• متلازمة المعى المتهيج.	• داء هيرشبرنغ.
• الأدوية.	• <i>التفوط</i>
• الانسداد المعوي المزمن الكاذب.	• التفوط الممدود.
• الداء المستقيم الشرجي (داء كرون، الشقوق، البواسير)	
الاضطرابات غير الهضمية:	
الأدوية.	• <i>استقلابية/ غدية صماء:</i>
• الأفيونات.	• الداء السكري
• مضادات الكولين.	• هرمط كالسيوم الدم
• صادات الكالسيوم Calcium Antagonists.	• نقص نشاط الدرق.
• مستحضرات الحديد.	• الحمل.
• صادات الحموضة الحاوية على الألميوم	• <i>أسباب أخرى:</i>
• <i>العصبية.</i>	• آفة علة خطيرة مترافقة بانعدام الحركة خاصة عند
• التصلب اللويحي العبد.	• المسنين.
• آفات النخاع الشوكي.	• الاكتئاب.
• الحوادث الوعائية الدماغية.	
• الباركنسونية.	

ليس من المناسب كما أنه لا يمكن استقصاء كل شخص يشكو من الإمساك لأن هذه الشكوى شائعة جداً. تستجيب غالبية الحالات لتناول العداء الحاوي على الألياف واستخدام المسهلات Laxatives بشكل حكيم. أما إذا كان المريض مسنن أو من ذوي الأعمار المتوسطة وكانت قصة الإمساك عندهم قصيره أو كانت عندهم أعراض مقلقة (نزف مستقيمي، ألم أو نقص وزن) فينبغي استقصاؤهم فوراً إما برخصة البارنوم أو بتطير الكولون وبالنسبة للمرضى الذين يشكون من إمساك بسيط فالاستقصاء سيتم عادة وفق الخطوط التالية

## 1. الزيارة الأولى:

المس الشرجي: نظير المستقيم ونظير السين (لكشف الداء الشرجي المستقيمي)  
وتجرى كذلك الاختبارات الكيميائية الحيوية الروتينية والتي تتضمن اختبار كلس المصل واختبارات وظائف الدرق.  
إذا كانت نتيجة هذه الاستقصاءات طبيعية يتم تجربة عداء عبي بالألياف و/أو مسهلات لمدة شهر

## 2. الزيارة الثانية.

بد: نفيت الأعراض يشخص الكولون برخصة البارنوم أو بتطير الكولون وذلك بحثاً عن داء سيوي

## 3. استقصاءات إضافية:

بداً، لم يجد سبباً للإمساك ووُجدت أعراضٌ متعددة Disabling Symptoms فقد يكون من الضروري عرض الحالة على الأخصائي لاستقصاء سبب الحركة الممكن وجودها.

قد تكون مشكلة هي الرعشة غير المتواترة للتغوط (بطء عبور) أو قد تكون المشكلة ناجمة عن العصر المفرط (تغوط مسدود Obstructed Defaecation) ويمكن استخدام كل ما يلي لتحديد المشكلة

الدراسات بدواسمات المعوية، قياس الضغط المستقيمي الشرحي، الدراسات الكهربائية المبريولوجية وتصوير المستقيم أثناء التغوط.

## ABDOMINAL PAIN

## ألم البطن

هناك العديد من أنواع الألم البطني:

- **الحشوي Visceral**: الأعضاء المعوية غير حساسة للمحسسات الألمية مثل الحرق ولتقطع غير أنها حساسة للتمدد والنفخ والقتل والتعطط هذا ويشعر عادة بالألم الماشئ عن البنى المفردة Unpaired Structures في الخط المتوسط ولكن ليس بشكل دائم.
- **الحداري Parietal**: يتلقى الريتيوان الحداري تعصبياً بأعصاب حسية وعدم تشمله العمليات المرضية كالالتهاب والحمج والتشنجات فإنه يعمل لإحداث ألم شديد ومتوسع بدقة
- **الألم الرجيع Referred Pain** (مثلاً ألم المرارة يرجع إلى الظهر أو قمة الكتف)
- **النمسي Psychogenic**: تؤثر العوامل الثقافية والعاطمية والتعبية على تحرية كل شخص مع الألم فتعد بعض المرضى يمكن ألا يجد أي سبب عضوي للألم بالرغم من الاستقصاء وقد تكون الأسباب النمسية هي المسؤولة عن هذا الألم مثل الاكتئاب أو الاضطراب التحسيدي Somatisation Disorder

## I. البطن الحاد THE ACUTE ABDOMEN:

تشكل حالات البطن الحاد ما نسبته 50% من كل الفيولات الاسعافية في وحدات الحرجة العامة، هذا وإن البطن الحاد يكون نتيجة واحدة أو أكثر من الحداث المرضية (انظر الجدول 20).

- **الالتهاب Inflammation**: يتطور الألم تدريجياً وعادة خلال عدة ساعات، ويكون في البداية منتشرأ بعض الشيء ثم يتوسع وذلك عندما تشمل الإصابات الريتيوان الحداري وتزيد الحركة لألم ويحدث دهاع عضلي وصملي.

الجدول 20، أسباب الألم البطني الحاد (الجراحي)	
الالتهاب	<ul style="list-style-type: none"> <li>• التهاب الزائدة.</li> <li>• التهاب الرتوج.</li> <li>• التهاب المرارة.</li> <li>• الداء الحوصلي، الالتهابي.</li> </ul>
الانثقاب / المتفوق.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• التهاب المبيض.</li> <li>• ام الدم الأبهري.</li> </ul>
الانسداد	<ul style="list-style-type: none"> <li>• الانسداد المعوي.</li> <li>• القولنج المراري.</li> </ul>
أسباب أخرى (فادرة):	<ul style="list-style-type: none"> <li>• اسطر الأسباب خارج المعوية (الجدول 21).</li> </ul>

- **الانثقاب Perforation**، عندما ينتقب حشا بطني يبدأ الألم بشكل هوري ويكون شديداً ويؤدي إلى التهاب بريتوان معمم.
- **الانسداد Obstruction**، يكون الألم قولنجياً متراًعقاً بتشوهات تدفع المريض أن يتحرك من جانب إلى جانب وأن يتلوى هذا، وإن الألم القولنجي الذي لايرول بين التشوهات يشير إلى الاختلاط بالالتهاب

## A. التدبير:

### 1. التقييم الأولي:

يتم التوصل إلى تشخيص تفريقي بعد تقييم أولي لحالة المريض يشتمل على أحد قصته المرضية مفصلة ومعينته وهذا شبع بشكل رئيسي - السؤال التالي هل توجد علامات التهاب بريتوان؟ إذا كان الجواب نعم (مثال وجود دفاع عصلي، إيلام مرتد مع صعل) عندها يتطلب الأمر أقل ما يمكن من الاستقصاءات الاضافية. وبعد أن يُجرى للمريض بعاش كاف ترتب إجراءات العمل الجراحي وإذا كان الجواب أنه لا يوجد علامات التهاب بريتوانية ترتب استقصاءات إضافية للوصول إلى التشخيص.

### 2. الاستقصاءات:

عند غالبية مرضى البطن الحاد تجرى الاختبارات التالية بعدد دم كامل (لمعرفة هل يوجد زيادة في تعداد الكريات البيض) والولة والشوارد (لمعرفة هل يوجد نحفاف) ومستوى أميلاز المصل (لمعرفة هل يوجد التهاب البنكرياس حاد). ويمكن الحصول على معلومات أكثر بإجراء صورة صدر بسيطة بوضعية الوقوف (لمعرفة هل يوجد

هواء تحت الحجاب) وصورة بطن بسيطة (لمعرفة هل يوجد انسداد). ويمكن أن يحصل على مساعدة إضافية بإجراء تحطيط صدى للطن إذا كان هناك اشتباه بداء حصوي صمراوي حاد (التهاب مريرة أو التهاب طرق صمراوي) أو ولبج حالي أو كان هناك اشتباه بكتلة على حساب الأنسجة الرخوة وتفيد تحطيط الصدى أيضاً في تحري السوائل الحرة في البطن أو أي خراج بطني محتمل هناك.

وتفيد در سات الشاين (الظليلة) سواء كانت عن طريق الفم أو الشرح في التقييم الأبعد للانسداد المعوي وهي أساسية لتفريق الانسداد الكاذب عن انسداد الامعاء الغليظة الميكاسكي وهناك استقصاءات أخرى شائعة الاستخدام وتتضمن التصوير المقطعي، المحوسب (لتحري التهاب البكرياس أو التجمعات أو الكتل خلف البريتوان بما فيها أم الدم الأيهرية) وكذلك من هذه الاستقصاءات تصوير الأوعية (لتحري الانقار المساريقي).

هذا ويصبح بإجراء تطهير بطني للمرضى الذين يبقى قرار العمل الجراحي عندهم مشكوكاً فيه وكذلك للمرضى الذين لم يتم التوصل لتشخيص مرضهم رغم القيام بالاستقصاءات المناسبة وفي كافة الأحوال ينبغي إعادة تقييم كل مريض بدقة وبشكل منتظم (كل 2-4 ساعات) ذلك لأنه يجب أن نلاحظ أي تغير في الحالة يمكن أن يبدل كلاً من التشخيص المشتبه به والقرار السريري وأن يتم التصرف باكراً وفقاً لذلك.

## B. المعالجة:

تقرر المعالجة بشكل عام وفقاً للعصو المصاب. حيث يتم إغلاق الانثقابات وتعالج حالات الالتهاب بالصادات أو بالاستئصال، ويزال الانسداد. وتعتمد سرعة التداخل الجراحي وضرورته على عدد من العوامل أكثرها أهمية وجود أو غياب التهاب البريتوان. فيما يلي ملخص لمعالجة بعض الحالات الجراحية الأكثر شيوعاً

### 1. التهاب الزائدة الحاد *Acute appendicitis*

على الرغم من أنه يمكن للمعالجة غير الجراحية أن تكون ناجحة عند بعض المرضى إلا أن خطر الانثقاب والهجمات المتعددة اللاحقة يعني أنه ينبغي إجراء العمل الجراحي باكراً

### 2. التهاب المرارة الحاد *Acute cholecystitis*

يمكن نهد الحالة أن تعالج علاجاً غير جراحي يحتاج إلا أن الخطورة العالية للهجمات المتعددة اللاحقة وفترة مرصاة الجراحة جعلتا استئصال المرارة المبكر بالتطهير البطني العلاج المفضل للمصابين

### 3. التهاب الرتوج الحاد *Acute diverticulitis*

إن العلاج غير الجراحي للحالات غير المختلطة هو طريق المعالجة الاعتيادي ولكن إذا حدث انثقاب مع خراج أو التهاب بريتوان عندها نطلب الأمر لاستئصال الجراحي. واعتماداً على التلوث البريتواني وعلى حالة المريض فإن إجراء مضاعفة أولية يكون أفضل من إجراء عملية هاريمان (خياطة الحدة المستقيمة وإجراء كولوستومي نهائي بمكسار في مرحلة لاحقة).

## 4. انسداد الأمعاء الدقيقة Small bowel obstruction

إذا كان سبب انسداد الأمعاء الدقيقة واضحاً ولا يمكن تجنب الجراحة (مثل الفتق الجراحي) عندها يجب أن رتب إجراء الجراحة المبكرة. أما إذا كان السبب المشتبه به هو الالتصاقات الناجمة عن جراحة سابقة عندها يحاول العلاج غير الجراحية محتفظين بالتدخل الجراحي. لأولئك المرضى الذين لم تحل مشكلتهم المرضية خلال 24 ساعة الأولى أو إلى المرضى الذين تطورت عندهم علامات الاحتناق (الم قولنجي أصبح مستمراً، التهاب البريتون، تسرع القلب، حمى، زيادة الكريات البيض).

## 5. انسداد الأمعاء العظيمة Large bowel obstruction

يعالج الانسداد الكاذب معالجة غير جراحية بإزالة الضغط بالتطهير الكولوسي وذلك عند بعض المرضى. أما الانسداد الميكانيكي فيعالج بالاستئصال الجراحي عادة مع المصاعرة الأولية. ويتم التعريق بين حدثين بواسطة حقنة المادة الطليقة المحللة بالماء والتي تعتبر استقصاءً إلزامياً في كل المرضى المصابين بانسداد الأمعاء العظيمة.

## 6. القرحة الهضمية المثقبة Perforated peptic ulcer

على الرغم من أن الإغلاق الجراحي للانتفاخ هو الإجراء المعياري إلا أنه يمكن تطبيق المعالجة غير الجراحية لبعض المرضى الذين لم يحدث عندهم التهاب بريتوان مزمع وأثبتت وحدة التباين بالمواد المحللة بالماء انسداداً تلقائياً للانتفاخ. إن الاعتبار الأكثر أهمية عند مرضى انتفاخ القرحة الهضمية المشتبه به الانعاش الكافي والسريع.

إن المرضى المسنين والمصابين بالصدمة يتطلبون تقييماً دقيقاً قبل الجراحة كما ينبغي إعاشتهم بشكل مثالي قبل إجرائها.

## قصايا عند المستن:

## الم البطن الحاد:

- يمكن لشدة وتوضع ألم البطن الحاد أن يصح غير واضح تقدم العمر ويمكن لصورة أن تكون لا بغطية حتى في حالة انتفاخ الحشا.
- بشكل السرطان المسبب الأكثر شيوعاً للألم البطن الحاد عند من تجاوز السبعين بالمقارنة مع من هم دون الخمسين. هذا ويسمى تقييهم المرضى الذين يشكون من أعراض بطنية مهمة بدقة كما يسعى بعض وجود حالة مرضية خطيرة عندهم.
- يمكن لحالات الانتفاخ داخل البطن كالتهاب الزوج أن يتظاهر بأعراض غير نوعية مثل التعصب حاد و القهم والإيلام البطني بحمض مسمياً. أما سبب ذلك فليس واضحاً لكنه قد يعبر عن تغير الاستقبال الحسي.
- تتحدد شدة الحرارة البطنية حسب درجة المراقبة والمراقبة وحسب نوعية الحرارة فيما إذا كانت انتفاخية أو سعالية أكثر منها هي حسب العمر.

## II. الألم البطني المزمن أو المتكرر CHRONIC OR RECURRENT ABDOMINAL PAIN:

يعتبر أحد قصة مرضية مفصلة ودقيقة أمراً أساسياً مع تركيز الانتباه بشكل خاص على ملامح الألم وعلى أية أعراض مرافقة (انظر الجدولين 21 و 22)

هذا ويجب ملاحظة السلوك العام للمريض وكذلك مزاجه وحالته العاطفية وعلامات نقص الوزن والحمى واليرقان أو فقر الدم، وإذا كان فحص البطن الشامل وفحص المستقيم طبيعيين ينبغي عندها البحث الدقيق عن دليل لمرض يصيب النسج الأخرى وبشكل خاص العمود الفقري والحبل الشوكي والربو والتهاب الكلى والدوران.

ويعتمد الاختيار البدني للاستقصاءات بشكل واضح على الملامح السريرية التي تم الحصول عليها من خلال القصة المرضية والمعاينة.

- الألم لشرسويته وعسر الهضم وارتباطهما بالطعام يشيران إلى داء معدي عرجي أو صمراوي ويستطب عندها التنظير الداخلي وتخطيط الصدى.
- تغير عادة التغوط والبرز المستقيمي أو ملامح الاستسداد كلها تشير إلى داء كولوسي ويستطب عندها رخصة البارايوم وتنظير السين أو تنظير الكولون.

الجدول 21: الأسباب خارج المعوية للألم البطني المزمن أو المتكرر.	
خلط بريتناوية؛	• اعتلال العقد اللمفية.
• أم دم أبهرية.	• الخراج.
• الخباثة.	
مصبية	
• الاكتئاب.	• الوسواس القهري.
• الطلق.	• النجس.
حركية،	
• الانسداد المعوي	• إجهاد العضلات البطنية (الكبس)
استقلابي/ غدي صماوي؛	
• الداء السكري.	• الهورميريا المتقطعة الحادة
• داء أديسون.	• فرط كالسيوم الدم.
دوائية/سمية	
• الكورتيكوستيروئيدات،	• الرصاص.
• أزالبيروبي.	• الكحول.
دموية،	
• داء الخراب المنجلية.	• الاضطرابات الانعلاجية.
عصبية	
• آفات الحبل الشوكي.	• اعتلال جذور الأعصاب.
• التابس الظهري.	

	الجدول 22: عوامل مهمة في تقييم ألم البطن.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• الطبيعة (قولنجي، مستمر، حاد أو قليل يوقف المريض ثباتاً).</li> <li>• النموذج (متقطع أو مستمر).</li> <li>• الملامح المرافقة (الإمهاء، عسر الهضم، تغير عذرة التغوط)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• الفترة.</li> <li>• المكان والانتشار.</li> <li>• الشدة.</li> <li>• العوامل المرافقة أو المنبهة والعوامل التي تهددها (الطعام، الأدوية، كحول، توصية الحركة، التغوط)</li> </ul>

- الألم لماز بالظهور عند مريض مصاب بالانصباب العصيدي المنتشر يمكن أن يشير إلى إقفار مساريقي وقد يكون تصوير الأوعية المساريقية ضرورياً.
- المرضى الشباب لديهم يعانون من قصة طويلة من الألم الذي يروى بالتغوط وتطبل البطن وتغير عذرة التغوط، عدهم على الأرجح متلازمة المعوي المتفج (انظر لاحقاً) وقد يكفي إجراء استقصاءات بسيطة لهم ( اختبار ت الدم وتنظير السين) إلا أن الأعراض الدائمة تستدعي في الداء المعوي أو الكولوسي بالتصوير الشعاعي أو التنظير الباطني.
- إن وجود الألم البطني المنتشر إلى الظهر مع قصة إدماء شرب الكحول إضافة إلى نقص الوزن والإسهال، يشير إلى التهاب السكرياس المرمر أو إلى سرطان السكرياس ويتطلب الأمر عندها إجراء تحطيط صدي، وتصوير مقطعي محوسب واختبارات وظائف البنكرياس.
- هجمات الألم المعادة في القطنين Loins أو المنتشرة إلى الخاصرتين Franks مع أعراض بولية تستدعي استقصاء سريعاً للحصيات الحالبية أو الكولية وذلك لتحطيط الصدي وتصوير الجهاز البولي بالحقن الوريدي.
- إن وجود قصة اضطراب نفسي في سوابق المريض والاستقصاءات السلبية المتكررة أو وجود أعراض مهمة عند المريض لا تتناسب مع أي مرض محدد أو أي نموذج عصوي، كلها يمكن أن تشير إلى أن مشأ الألم نفسي. وإن المراجعة الدقيقة للملاحظات المجموعة حول الحالة والاستقصاءات السابقة إلى جانب النقاش الأمين والمفتوح مع المريض يمكن لها أن تقلل الحاجة لإجراء اختبارات غازية غير ضرورية. ويجب دوماً الاهتمام بالحالة حتى لا تغفل الأسباب البادئة أو الأشكال اللاعنطية للأمراض الشائعة

### III. الألم المستمر CONSTANT PAIN:

المرضى ذوو الألم المزمن والذي يكون دائماً أو موحوداً بشكل شبه دائم سيكون عندهم عادة ملامح تشير إلى لتشخيص الكامل خلف هذا الألم مثل الحبانة (المعدة المتكثية، الكولونية) أو الانتقالات الكبدية أو التهاب المثانة المزمن أو الخراج داخل البطن، وعند مرضى آخرين لا يكون التشخيص واضحاً في البداية بل يحتاج لاستقصاء مناسب ليصبح واضحاً. وعند الأغلبية من المرضى لن نجد سبباً للألم على الرغم من الاستقصاء الكامل. وعندما يستبعد وجود الحالات غير العادية أو البادئة ويُبقى وجود الأشكال اللاعنطية للأمراض الشائعة عندها يوصف

تشخيص (الألم لمطلي الوطلي المرص)، يكون السبب النفسى عند هؤلاء المرضى هو السبب المحتمل وبدرجة كبيرة والمهام الأكثر أهمية عندها هي ضبط المرض. إذا لم يمكن إزالته، وتقليل آثار الألم على حياة المريض الاجتماعية الشخصية والمهنية هذا ويمكن تدبير المرض وبالشكل الأفضل في عيادات الألم التخصصية حيث أنه إضافة للدعم النفسى تستخدم وبشكل مناسب الأدوية التي تتضمن الأمينوبيتيلين والجابابنتين والكيثامين والأفيونات والتي قد تكون ضرورية.

### أمراض الفم والغدد اللعابية

## DISEASES OF THE MOUTH AND SALIVARY GLANDS

### I. التقرح القلاعي APHTHOUS ULCERATION:

تكون القرحات القلاعية سطحية ومزلة وتحدث في أي مكان من الفم. وتصيب القرحات المعادة حتى (3٪) من الناس وهي بشكل خاص شائعة عند النساء خلال الطور السابق للطمث. وسببها غير معروف إلا أنه في الحالات الشديدة ينبغي الأخذ بالاعتبار الأسباب الأخرى للتقرحات الفموية (انظر الجدول 23) وتكون الحرجة أحياناً ضرورية من أجل الوصول للتشخيص.

الجدول 23، أسباب التقرح الفموي.	
• الفم؛	• مجهول السبب.
• الإنسان؛	• جراثيم مثل خناق فوسفات والزهري.
• فطري مثل داء المبيضات،	• فيروس مثل العقول البسيط.
• الأمراض الهازية.	• داء كرون.
• حالات الجلدية	• الفقاع المقاعى.
• الحزاز المسطح.	• الداء اللافي.
• المقاع	
• الأدوية؛	• مرض لحساسية مثل متلازمة ستيفن جونسون
• أمراض الجهازية	• أدوية السامة للحلاب
• الذئبة الحمامية الجهازية.	• متلازمة بهجت
• انتشار	
• السرطان.	• ساركوما كابوري
• نقصان الدم	



يمكن للكورتيكوستيرويدات الموصفة (مثل تريامسولون 1/1 في أساس هيموي) أو هلام ساليسيلات الكولين (8/7) أن تسبب التهاب الفم ويمكن إزالة الأعراض باستخدام الغسولات المموية المحددة الموصفة. ويبقى هناك عدد قليل من المرضى لديهم تقرحات قلاع شديدة جداً معاودة ويحتاجون لستيرويدات عن طريق الفم.

## II. خناق فنسنت VINCENT'S ANGINA:

يتميز هذا المرض بالتقرحات الحشكرشية Sloughing العميقة والمؤلمة والتي تصيب بشكل رئيسي اللثة وتتحكم عن غزو الفم بالمخاطي المتعصبات مثل بوريلا فنسنتي والأحياء المحهرية المعايضة Commensals لأخرى ويحدث هذا المرض عندما تضعف مقاومة المصيف ويضعف مستوى العناية بصحة الفم هذا وإن سوء التغذية و لداء الفم ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (AIDS) كلها تهين للإصابة. ويترافق المرض بحمر (رائحة النفس الكريهة) ويكون العديد من المرضى محمومين ومتوعكين جهازيًا. ويتطلب الأمر معالجة موضعية بغسولات الفم لحاوية على بيروكسيد هيدروجين وكذلك بالمضادات الحيوية واسعة الطيف.

## III. داء المبيضات CANDIDIASIS :

إن خميرة المبيضات الفم هي معايضة فموية طبيعية ولكنها يمكن أن تتكاثر لتسبب السلاق. ويحدث هذا عند صغار الأطفال Babies والمرضى المؤهين والمرضى الذين يتلقون معالجة بالستيرويدات القشرية أو لمضادات. ويحدث كذلك عند مرضى السكري ومثبطي المناعة، خاصة أولئك الذين يتلقون أدوية سامة للخلايا أو لمضادين بالـ AIDS. تشاهد بقع بيضاء على اللسان والمخاطية الشفوية. إن وجود الآلم عند البلع (البلع المؤلم Odynophagia) أو عسرة بلع يشير إلى داء المبيضات البلعومي والمزمن. إن التشخيص المبرري يكون كاهياً للبدء بالمعالجة. على الرغم من أنه يمكن الحصول على عينات بالفحشة أو الخزعات من أجل إجراء الفحص المظري.

يعالج السلاق الفموي بالمستاتين أو الأموتريسين كمعلقات Suspensions، أو أقراص Lozenges، يمكن أن تستعمل الملوكونارول في الحالات المعقدة أو حالات التبط الناعى

## IV. التهاب النكفة PAROTITIS:

ينجم التهاب النكفة عن جمع فيروسى أو جرثومى. سبب النكاف Mumps التهاباً حاداً محدداً لدائه للعدوى النكفية. يحدث التهاب العدوى النكفية الجرثومية عادة كاحتلال لحراقة كبرى. وقد ينجم عن التحصاف أو العناية السيئة بصحة الفم ولدلت يمكن أن يتجنب التهاب النكفة بالرعاية الصحية الجيدة بعد العمل لحراحي. يتظاهر بالمرض بتورم مؤلم في العدوى النكفية والذي يمكن أن يحتل بشكل الحراقات. تتطلب لمعالجة استعمال المضاد واسعة الطيف، بينما يكون التفجير الحراحي ضرورياً من أجل الحراقات

## الجدول 24 أسباب تورم الغدد اللعابية.

- «الشمج»
- «الكاه»
- «الجرثومي (بعد العمل الجراحي)»
- «لحميات»
- «الأورام»
- «المسليمة»: الورم الندي متعدد الأشكال (95% من الحالات).
- «المتوسطة الورم المعاطى البشراني».
- «الحبيبة الكارمينوما».
- «متلاوعة جوغرن»
- «الساكوكايد».

## قصايا عند المسنين.

## صحة الفم

- يشكو حوالي 40% من المسنين الأصحاء من جفاف الفم.
- تتجدر حاسنا اشم والذوق مع التقدم بالعمر وتضعف القدرة على المضغ
- يخصص لمسوى القاعدي لحريان اللعاب مع التقدم بالعمر ولكن الألعاب المحرض لا ينبدل
- تكون بحور تجددور أو أمراض النسخ الداعمة شائعة مع التقدم بالنس ويعود ذلك حرنياً الى سدهور لعانة صحة الفم مع زيادة الضعف البدني.
- يمكن أن تؤدي إصابة الحبوب حول السنية بالحكمج باللاهوائيات سلبية العرام عند المسن أو هي حدٌ لى حدوث تجرثم الدم أو إثنان الدم.

## أمراض المري

## DISEASES OF OESOPHAGUS

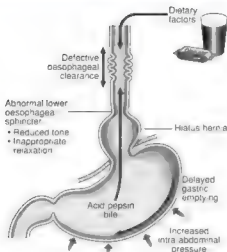
## GASTRO-OESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

## داء الجزر المعدي المريئي

يصيب الحرر المعدي المريئي المسبب للشعور بالذلع حوالي 30% من عموم الناس.

## A. الميزيولوجيا المرضية:

إن الثوبات العارضة من الحرر المعدي المريئي شائعة عند الأصحاء. تبع حدوث الحرر موحات حوية تقوم بتنظيف المري. وكذلك يقوم اللعاب القلوي بتعديل الحمض المتبقي وبالتالي لا تحدث اعراض يحدث داء الحرر المعدي المريئي عندما تتعرض مخاطية المري للمحتويات المعدية لفترات طويلة من الزمن مما يؤدي لحدوث اعراض وقد يحدث في نسبة معينة من الحالات التهاب المري. يوجد عوامل متعددة معروفة مسؤولة عن ذلك (انظر الشكل 21).



الشكل 21: العوامل المترافقة مع تطور داء الحرر المعدي المريئي

## 1. شذوذات المصرة المريئية السفلية:

تكون المصرة المريئية السفلية في حالة الصحة، متقلصة بشكل توتري وتستريح فقط خلال عملية البلع. لكن تكون مقوية المصرة المريئية السفلية لدى بعض المرضى ضعيفة مما يسمح بحدوث الحرر عندما يرتفع الضغط داخل البطن، وعند حرير تكون مقوية المصرة الفاعدية سوية ولكن يحدث الحرر لديهم استجابة لبوبات متكررة من استرخاء المصرة غير المناسب.

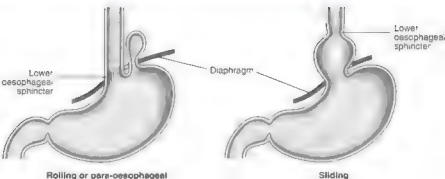
## 2. الفتق الضرجوي:

يسبب لعنق المرخوي (انظر الجدول 25 و الشكل 22) الحرر لأن مدروج الضغط بين حويطة البطن والصدر (الذي يضغط المرحلة شكل سوي) يكون مفقوداً وإضافة لذلك تحتفي التراوية المائلة بين المري والمؤاد

i

## الجدول 25: الملامح الهامة للمعتق المرخوي.

- يحدث عند 30٪ من الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم 50 سنة.
- غالباً لا أعراض.
- يمكن أن يحدث الازدحم والنفاس.
- قد تحتلح الفتوق جنب المريئية الكبيرة بانصال المعدة



الشكل 22، انبساط الفتق المرعوي.

تتطور لدى العديد من المرضى الذين لديهم فتوقٌ مرعوية كبيرة أعراض الحرز. ولكن العلاقة بين وجود الفتق وحدوث الأعراض وأهمية. حيث أن الفتق المرعوي شائع جداً عند الأشخاص الذين لا يعانون من أعراض ويكون لدى بعض المرضى الأعراض بين فتقاً صغيراً جداً فقط وقد لا يكون لديهم أي فتق بالرغم من ذلك فإن جميع المرضى تقريباً الذين يحدث لديهم التهاب المري، أو مري بازيت أو تصبقات يكون لديهم فتق مرعوي.

### 3. التصنيفية المريئية المتأخرة:

توجد المعالجة الحوية المريئية المعيبة بشكل شائع عند مرضى التهاب المري وهي شديدة بدني لأنها تستمر حتى بعد أن يشفى التهاب المري بالمعالجة المشطة لإفراز الحمض. تؤدي التصمية المريئية لصعوبة إلى زيادة فترة التعرض للحمض.

### 4. المحتويات المعديّة:

إن الحمض المعدي هو أهم محرّش للمري وتوجد علاقة وثيقة بين فترة التعرض للحمض والأعراض.

### 5. الإفراغ المعدي المعيب:

يتأخر الإفراغ المعدي في مرضى داء الحرز المعدي المريئي. وسبب ذلك غير معروف.

### 6. زيادة الضغط داخل البطن:

إن الحمل و لبدانة هي من العوامل المؤهبة وقد يؤدي إنقاص الوزن إلى تحسن الأعراض.

### 7. العوامل الشوكية والبيئة:

ترجي الوجبات الدسمة والشوكولا والكحول والقهوة المصنعة المريئية السعلة معاً يؤدي إلى إثارة الأعراض وتوجد أدلة بسيطة على اتهام التدخين والـ NSAIDs كأسباب لداء الحرز المعدي المريئي

**B. المظاهر السريرية:**

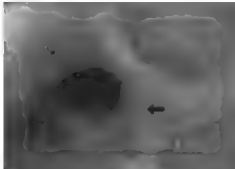
عالمياً ما تثار الأعراض الرئيسية (اللدغ والقلنس) بالانحسار أو الكمن (كما في حالة النعوط أو رفع الأثقال) أو لاصططاع. وعالمياً ما يوجد الدهن المائي والذي هو عبارة عن ألعاب (افترار شديد للعب) نجم عن تبييه منعكس العدد اللعابية عندما يدخل الحمض إلى المري إن وجود قصة زيادة الوزن شائعة يستيقظ بعض المرضى ليلاً نتيجة شعورهم بالاحتراق الناجم عن تحريش السائل المحرور Refluxed fluid للحجرة.

**C. الاختلاطات:****1. التهاب المري.**

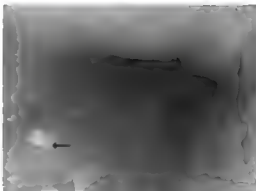
توجد سلسلة معروفة من الموحودات التنظيرية تتراوح من الاحمرار الخفيف إلى الشديد وحتى النقرح البارز وتشكل التصبغات (انظر الشكل 23). توجد علاقة واهية بين الأعراض والموحودات التنظيرية والسليجية. حيث قد يرافق التنظير السوي والدراسة السليجية السوية بشكل تام للمري مع داء الجرر المعدي المريئي الشديد.

**2. مري باريت:**

إن مري باريت (المري المبطن بالحلالي الاسطوانية (CLO) Columnar lined oesophagus) هو حؤول عدي قبل سرطاني للمري لسفلي تستبدل فيه البطانة الشائكة بمحاطية أسطوانية تتكون من باحات حاوية على موز بيلك خنوي للحؤول المعوي (انظر الشكل 24). يحدث كاستجابة تكمية للجرر المعدي المريئي المزمن ويوجد عند 10٪ من المرضى الخاضعين للتنظير المعدي بسبب أعراض الجزر.



الشكل 23: التهاب المري الجزري - المري ملتهب ومتقرح (الأسهم الصغيرة) ويوجد تصبغ باكر (السهم الكبير)



الشكل 24 مري باريت تعتمد المخاطية الأسطوانية الزهرية علويًا إلى المري تقى حرر من المخاطية الشائكة (لسم)

تشير الدراسات الوثنية ودراسات تشريح الحث إلى أن معدل الانتشار قد يكون أكبر من ذلك بعشرين مرة وذلك لأن الحالة تكون غالبًا لا أعراضية حتى تكشف الحالة عندما يتظاهر لدى المريض سرطان المري يحدث الـ CLO بشكل أساسي عند الذكور الفوقاريين العربيين ويكون نادرًا عند المجموعات العرقية الأخرى. يعتبر عامل الخطورة الرئيسي للإديوكارسينوما المريئية مع معدل حدوث السرطان مدى الحياة حوالي 1٪. يقدر معدل حدوث السرطان بـ 1 لكل 200 بالسن (0.5٪ بالسن). إن معدل الخطورة المطلقة منخفض، ولكن يموت أكثر من 79٪ من مرضى CLO نتيجة أسباب أخرى عدا سرطان المري إن معدل الانتشار في إزدیاد وهو أكثر شيوعًا عند الرجال (خاصة البيض) وعند أولئك الذين يتجاوز عمرهم 50 سنة ويتراعى بشكل صغيف مع التدخين ولكن ليس مع تناول الكحول.

تشير الدراسات لحدیثه إلى أن حدوث السرطان ترتبط مع مدة وشدة الجور أكثر من ارتباطها مع وجود CLO بعد دته، ولكن ذلك لا يزال بحاجة إلى برهان مركز الانتباه حديثًا على أهمية الحجز المعصي المعدي - المريئي الحاوي على الصفراء والأريعات المعكنة والسيين إضافة إلى المعص. إن التحديثات الحديثة التي تتحكم بتطور الـ CLO من حؤول إلى عسر تصنع ومن ثم إلى سرطان غير مفهومه جيداً. ولكن هد تلعب حريشات الالتصاق الحلوي عديدة الأشكال المعتمدة على الكالسيوم-E-وطعرات P53 وعامل النمو المحول  $\beta$  (TGF  $\beta$ ) ومستقبلات عامل النمو البشري (EGF) و COX-2 وعامل التحدر الورمي  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) دوراً في التطور الورمي.

ينطلب التشخيص جرعات بظامیه متعددة لزيادة فرصه اكتشاف الحؤول المعوي و/أو عسر التصنع

التدبير لا يمكن للتشيط القوي لافراز المعص ولا للعراحة المصادة للحرر ان يوقف نرقي أو حتى تحرض

نرجع الـ CLO. وبما تستط المعالجه من اجل اعراض واحتلاطات الحرر مثل التصيق ان المعالجه لاحتثائية

لتطيرية أو المعالجة الميودينية قد تؤدي إلى تراجع الحالة ولكن (الحريزات المدفوعة) من المحيطية العديدة تستمر بالتواجد تحت النظارة الشائكة وبذلك لا يتم القضاء على خطوط حدوث السرطان. حالياً، تسعى هذه المعالجات تجريبية ولكن يبدو أنها معالجات واعدة وتستعمل عند المرضى الذين لديهم عسرة تصنع مرتفعة الدرجة (HGD) أو خباثة في مراحلها المبكرة ولكنهم غير ملائمين للجراحة. يجرى التقصي التطيري المنتظم لتجري عسرة التصنع والتوفيق من الخباثة أو تشخيصها في المرحلة المتأخرة للشعاع. يمكن للتقصي أن يكتشف الأورام في مراحلها المبكرة وأن يحسن من البقاء لمرتين ولكن معظم حالات الـ CLO لا تكتشف حتى بتطور السرطان ومن غير المحتمل لاستراتيجيات التقصي أن تؤثر على معدل الوفيات الإجمالي بسرطان المري. إن إجراءات التقصي مكلفة وإن دراسات الكلفة - الفائدة (المعالية) كانت ذات نتائج متعارضة. يوصى حالياً بإجراء لتقصي كل 1-2 سنة لأولئك الذين ليس لديهم عسرة تصنع وكل 6-12 شهر لأولئك الذين لديهم عسرة تصنع منخفضة الدرجة. يوصى وبشكل واسع بإجراء استئصال المري لأولئك الذين لديهم HGD وذلك لأن العيبات المستأصلة كانت تحمل سرطاناً في 40٪ من الحالات. قد يكون ذلك مبالغاً فيه وتشير لمعطيات الحديثة إلى أن الـ HGD يبقى مستقرًا غالباً وقد لا يتطور إلى سرطان عند نسبة جيدة من المرضى. إن المتابعة للتصيق مع إجراء لحرعرات كل 3 شهور هي استراتيجية بديلة عند أولئك المصابين بـ HGD. من المطلوب إجراء دراسات إضافية لإثبات الأدلة الحديثة التي تشير إلى أن التقصي الأكثر انتقائية وبمواضع رسمية أطول قد يكون منافعاً فائدة من حيث الكلفة والفعالية.

### 3. فقر الدم:

يحدث فقر الدم بفور الحديد نتيجة فقد الدم المزمن الطفيف من التهاب المري طويل الأمد، ويكون لدى كل مريض تقريباً هتق هرجوي كبير. بما أن الفتق الهرجوي شائع جداً فإنه يجب أن تؤخذ الأسباب الأخرى لفقر الدم بعين الاعتبار (خاصة السرطان الكولوني المستقيمي) عند مريض فقر الدم حتى وإن كشف التطير وجود التهاب مري وفتق هرجوي.

### 4. التصيق المريئي الحميد:

تطور التصيقات الليفية نتيجة التهاب المري طويل الأمد. يكون معظم المرضى من الكهول وقد يكون لديهم فعالية حوية مريضة ضعيفة. يتظاهر بعسرة البلع الذي يكون أكثر سوءاً مع الأطعمة الصلبة من السائلة. إن حدوث الانسداد بالحمية الغذائية بعد تناول اللحم يمكن أن يؤدي إلى عسرة بلع مطلقة. إن وجود قصة شعور بالندع هو أمر شائع ولكن ليس بشكل ثابت لأن العديد من الكهول تحدث لديهم التصيقات بدون وجود قصة شعور بالندع سابقاً.

يوصى التشخيص بالتطير وتؤخذ خزعات من التصفات لاستبعاد الخباثة. يجرى التوسيع بالتأون أو الشمعات، ويجب بعد ذلك البدء بمعالجة طويلة الأمد بالأدوية المنشطة لمصلحة المروتن وحرعرات كاملة من أجل إنقاص خطورة نكس التهاب المري وتشكل التصيق. يجب أن ننصح المريض بمصع الأطعمة بشكل كامل ومن المهم أيضاً تجنب المحال صلبان وجود مجموعة من الأسباب التي تحقق هذا الهدف

## D. الاستقصاءات:

يمكن معالجة المرضى صغار السن الذين يتظاهرون بأعراض نموذجية للحرر المعدي المريئي دون وجود مظاهر قلبية مثل عسرة البلع أو فقد الوزن أو فقر الدم بشكل تحريري

يصبح بالاستقصاء في حال تظاهر المرض بأعراض متوسطة أو متأخرة، وفي حال كانت الأعراض غير نموذجية أو تم الاشتباه بحدوث احتلاطات، إن التطوير هو الاستقصاء المختار ويجرى من أجل استبعاد الأمراض الهضمية العلوية التي تقلد الحرر المعدي المريئي ومن أجل تحديد الاحتلاطات.

إن التطوير السوي لدى المرضى الذين يشكون من أعراض متوافقة مع الداء يجب أن لا يؤدي إلى استبعاد معالجة داء الحرر المعدي المريئي عندما يكون التشخيص غير واضح بالرغم من إجراء التطوير أو عندما تؤخذ لحرارة معين الاعتبار فإنه يستطع مراقبة الـ PH لأربع وعشرين ساعة، يتضمن ذلك ربط قنطرة بحيلة بمسبر، نهائي حساس للـ PH يوضع فوق التوصل المعدي المريئي. يسجل الـ PH داخل الفمعة بينما يمارس المريض فعاليته المعتادة وتدوّن بوب الألم ويتم إظهار علاقتها مع الـ PH. إن الـ PH الأقل من 4 خلال أكثر من 6-7 من زمن الدراسة يشخص داء الجزر المعدي المريئي.

## E. التدبير:

يصبح المريض بتعديل نمط الحياة والذي يتضمن إنقاص الوزن وتجنب القوت الذي يجد المريض أنه يسبب. إن لأعراض ورفع رأس السرير عند الذين يعانون من أعراض ليلية وتجنب الوجبات في أوقات متأخرة والتعلي عن التدخين رغم أنه يوصى بالقيام بكل ما سبق لكن ذلك نادرا ما يكون ضروريا

إن تناول مضادات الحموضة والألحيات التي تؤدي إلى تكوين طبقة مخاطية واقية فوق مخاطية المري كان لها فائدة معتبرة من الناحية لأعراضية عند معظم المرضى تساعد مضادات مستقبلات  $H_2$  في تحسين الأعراض دون أن تشمي لتهدد المري. إن هذه الأدوية جيدة التحمل ويتم تفصيل زمن تناول الدواء ومقدار الجرعة حسب احتياجات كل مريض.

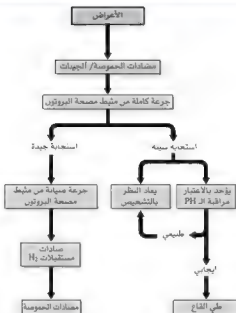
إن مشططات مصممة البروتون هي المعالجة المختارة من أجل الأعراض الشديدة ومن أجل داء الحرر المعدي المريئي المحتلط، لتناول الأعراض بشكل ثابت تقريبا ويشفي التهاب المري عند معظم المرضى إن نكس الأعراض شائع عند إيقاف المعالجة ويحتاج بعض المرضى للمعالجة مدى الحياة بأدنى جرعة مقبولة. إن المرضى الذين يستجيبون للمعالجة الدوائية وأولئك الذين لا يرغبون بتناول مشططات مصممة البروتون لأمد طويل وأولئك الذين يكون لديهم العرض الرئيسي هو القلق الشديد يجب أن يؤخذوا بالاعتبار من أجل الجراحة المضادة للجزر.

## EBM

## دواء الجزر المعدي المريئي - دور التداخل الدوائي:

شير بحليل نتائج الدراسات الموهرة إلى أن مشططات البروتون هي أفضل شكل كبير من مضادات مستقبلات  $H_2$  في شفاء التهاب المري وفي التخلص من الأعراض. إن مشططات مصممة البروتون تشمي التهاب المري المقاوم للمعالجة طويلة الأمد بمضادات مستقبلات  $H_2$ .





الشكل 25، معالجة داء الجزر المعدي المريئي.

يمكن أن تحرى الحروحة المضادة للحرور كعملية مفتوحة ولكنها وبشكل متزايد تحرى عبر تنظير البطن. على الرغم من أن اللدغ والقتل يخفف عند بعض المرضى إلا أنه يتطور عند نسبة منهم احتلاطات مثل عدم القدرة على الإقياء والتمعة البطنية (متلازمة العار - التبعة) محطوط معالجة المدون في (الشكل 25)

قضايا عند المسنين.
داء الجزر المعدي المريئي:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• شيوخ داء الجزر المعدي المريئي أعلى عند الناس المسنين والاحتلاطات أكثر شيوعاً</li> <li>• شدة الأعراض لا ترتبط مع درجة التهاب المخاطية عند المسنين.</li> <li>• الاحتلاطات المتأخرة مثل النصيقات الهضمية أو اليرق من التهاب المري هي أكثر شيوعاً عند الناس المسنين</li> <li>• الاستئصال من داء الجزر المعدي المريئي الحي يجب أن يؤخذ بالاعتبار عند المرضى المسنين مع ذات رئة متكررة</li> </ul>

## أسباب أخرى لالتهاب المري OTHER CAUSES OF OESOPHAGITIS:

### 1. الفمخ:

يحدث داء المبيضات المريئي عند المرضى المنهكين وعند أولئك الذين يأخذون صادات وسعة الطيف أو الأدوية السامة للخلايا. وهو مشكلة خاصة عند مرضى الإيدز الذين هم عرضة لطيف من الأخعاج المريئية.

## 2. التهاب المري بالأطخالات (بالكاويات):

محاولة الانتحار بالمبيص المري القوي أو حمض البطارية شح بحرق مؤلمة في الصم والبلعوم وبالتهاب مري أكال واسع وهذا يحتلط بانتقاب المري مؤدباً إلى التهاب المنصف ويحتلط بشكل تصيقات، وقت المراجعة هان لمعالجة تكون محافظة ومبينة على التنكين وعلى الدعم العدائي بحب تحنب تحريص الاقياء وبحب ألا بحري لتظير الباطي في هذه المرحلة بسبب الخطورة المرتفعة لانتقاب المري.

بعد المرحلة الحادة هان بعة الباريوم تحري لتوصيح امتداد تشكّل البصيق الموسيع بالتظير الباطي بكون ضرورياً عدة على الرغم من أنه صعب وحطر لأن التصيقات غالباً طويلة ومتعرجة وتنقب بسهولة.

## 3. الأدوية:

معيصات البوناسيوم ومصادات الالتهاب الالاستيرونيدية قد تسبب قرحات مريئية عندما تتحمس الحبوب فوق تصيق مريئي المستحضرات السائلة لهذه الأدوية يجب أن تستخدم عند هكذ، مرصي، مركبات السمسوسقونات خصوصاً الأليندرونات تسبب قرحاً مريئياً ويجب أن تستخدم بعدد عند المرصي المعروف أن لديهم اضطرابات مريئية.

## MOTILITY DISORDERS

## الاضطرابات الحركية

### I. الحيب البلعومي PHARYNGEAL POUCH:

عدم تناسق البلع صم البلعوم يؤدي إلى انمناق عبر العصلة الحلقية البلعومية وتشكّل حيب. يكون معظم المرصي مسبن وليس لديهم اعراض على الرغم من أنه قد يحدث قلس ونفس كريب (بحر) وعسرة بلع يلاحظ البعض قرقرة في الحلق بعد البلع. بلعة الباريوم تظهر الحيب بوصوح وتظهر عدم تناسق البع وغالباً مع استئشاق رئوي قد يكون التظير الباطي حطراً حيث أن الأداة قد بدخل وتنقب الحيب قطع العصلة الجراحي واستئصال الحيب يستطع عند المرصي العرضيين.

### II. لا ارتخائية المري ACHALASIA OF THE OESOPHAGUS:

#### A. الفيزيولوجيا المرضية:

تتميز اللاارتخائية بـ:

- مصرة المري السملية مصرطة النوتر والتي تشمل في الارتعاء استجابة لموجة البلع.
- فشل انتشار التقلصات المرشبة مما يؤدي إلى توسع مترق في المري

السبب مجهول على الرغم من انه وحده قصور في النقص في اللاكوليسرحي واللاكوليسرحي (NANC) المرتبط باصطلاح شد لأوكسيد النريك ضمن المصرة المريئية السفلية ويحدث تكس للحايا العتدية ضمن مصرة وحسم المري هقدان التواة المبهمة الطهرية في حذع الدماغ يمكن أن يظهر بوصوح في المراحل المتأخرة

إن داء شاعس مسوطن في أمريكا الجنوبية وهو عبارة عن احتشاش بمنصية من الأوالي (Trypanosoma Cruzi) يؤدي إلى التهاب عضلة قلبية وسلسلة من الاضطرابات الحركية للسيل الهضمي، إن تحرب الصغيرة العضلية، المعوية تسبب متلازمة لا يمكن تمييزها سريريا عن اللارتخائية

## B. المظاهر السريرية:

اللارتخائية مرض نادر يصيب 1 من كل مئة ألف من الناس في الشعوب الغربية. يتطور عادة في منتصف العمر ولكن يمكن أن يحدث في أي عمر. تتطور عسرة البلع ببطء وتكون متقطعة مبدئياً تكون أسوأ بالنسبة للجوامد وتحب شرب السوائل وبالوقوف وبالحركة بعد الطعام. لا يحدث اللدع حيث أن المصرة المريئية المعلقة تسبب الحرر المعدي المريئي، يعاني بعض المرضى من نوب ألم صدري شديد ناجم عن تشنج المري (لا ارتخائية شديدة). كلما ترقي المرض فإن عسرة البلع تسوء ويعرغ المري بشكل سيئ ويتطور الاستشاق الرنوي الليلي، توهب اللارتخائية لحدوث سرطانة المري الشائكة.

## C. الاستقصاءات:

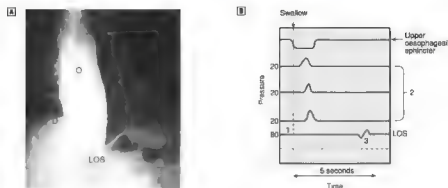
صورة الصدر الشعاعية قد تكون شادة في المراحل المتقدمة من المرض مع زيادة عرض المنصف بسبب توسع المري الشديد ومع مظاهر ذات الرئة الاستشاقية.

تظهر بقعة البارايوم تصيقاً مستديراً في أسفل المري يكون حسم المري في المراحل المتقدمة من المرض متوسعاً لا تمعياً ومملوئاً بالطعام (نظر الشكل A26)، يجب أن يجري التطير الباطني أيضاً لتعبير المظاهر الشعاعية هدم عن السرطان، يمكن أن يقلد السرطان المتوسع في المواد اللارتخائية من حيث التطاهر والسمات الشعاعية وسمات قياس الضغط في المري (الارتخائية الكاذبة). قياس الضغط في اللارتخائية يثبت الضغط العالي وعدم رجاء مصرة المري السفلية مع قلووية ضعيفة لحجم المري.

## D. التدبير:

### 1. التدبير التنظيري الباطني:

يقوم لتوسيع الهوائي الفعال باستخدام بالون بقطر 30-35 ملم بوصف بواسطة التطير التومصبي بإصلاح المصرة المريئية ويحسم الأعراض عدد 80٪ من المرضى يحتاج بعض المرضى لأكثر من توسيع واحد ولكن أولئك المتطبين لتوسيع متكرر فإنهم أفضل ما يعالجون حراحياً حقن الديمان الوشقي الموجه بالتطير لباطني في المصرة المريئية السفلية يحدث هجوعاً سريريا ولكن النكس شائع.



الشكل 26 A الصورة الشعاعية مظهره المري متوسع مملوء بالباريوم (0) مع مصرة مريئية سلبية مستديرة ومغلقة (LOS) (D) (حجاب الحاجز). B قياس الضغط المريبي يظهر ارتفاع ضغط مصرة المري السفلية في راحة (1)، تقلصات غير منتشرة قليلة الارتفاع في جسم المري (2) وفشل في استرخاء مصرة المري لسلبية على ابلع (3). قدر مع (الشكل 1)

## 2. التدبير الجراحي:

قطع لعصلة الجراحي (عملية هيللر) يجرى بالعملية المفتوحة او بمقارنة تنظير البطن وهو فعال للغاية على الرغم من أنه حيز عازٍ أكثر. قد يحتل كل من التوسيع الهوائي وقطع العصلة بالحجر المعدني لمريئي ويمكن أن يؤدي ذلك إلى التهاب مري شديد لأن التصفبة المريئية تكون سيئة جداً عند هؤلاء المرضى لهذا السبب يشترك قطع العصلة لهيللر بعملية طلي القاع الجراحي المصاد للجحر العلاج لدوائي المثبط للحمض باستخدام مثبط مضخة البروتون هو غالباً ضروري تلو المداخلة الجراحية أو البطينية الباطنية للارتجاعية لمنع التهاب المري.

## III. اضطرابات المري الحركية الأخرى OTHER OESOPHAGEAL MOTILITY DISORDERS:

ينظّم تشنج المري المستمر في أواخر العمر المتوسط مع ألم صدري يوبي قد يقلد الحناق ولكن ينزق أحياناً بمصرة نبع عائرة. تحدث بعض الحالات استجابة للحجر المعدني المريئي المعالجة منية على استخدام الأدوية المثبطة لمضخة البروتون عندما يوحد الحجر المعدني المريئي الترات القموية وحب السن والبيبيدين قد تحف هجمات الألم. نتائج العلاج محسنة للأمل والبدائل بالتوسيع الهوائي والقطع العصلي هي رديئة أيضاً.

مري (كسارة الصدر) هو حالة تكون فيها المعالیه التمعجية شبيطة لتغايه مؤديه الى ألم صدري بويي وعسرة بلع. المعالجة مبنية على استخدام النترات أو التيفيديين.

اصطرابات الحركية اللائوعية تشكل مجموعة من الاضطرابات المريئية الحركية والتي لا تقع في كيوونة مرضية خاصة. يكون المرصى مسبب عادة ويتظاهرون بعسرة بلع وألم صدري تحدث سلسلة من الشدوذاة في صفوفوط المري تتراوح من التمعج الميئ إلى التشنج.

#### IV. الأسباب الثانوية لعسر حركية المري:

##### SECONDARY CAUSES OF OESOPHAGEAL DYSMOTILITY:

في لصلااة الجهازية تستبدل عضلة المري بسبيج ليبي ونتيجة لذلك يفشل التتمعج المريئي وهذا يؤدي إلى لذع وعسرة بلع.

التهاب المري غالباً ما يكون شديداً وتحدث التصيقات الليلية الحميدة. هكذا مرصى يحتاجون إلى علاج طويل الأمد بالأدوية المثبطة لمصحة البروتون، التهاب الجلد والعصلات والداء الرئوي والوهن العضلي ابوجيم هي اسباب أخرى لعسر المري.

#### V. التضيق المريئي الحميد BENIGN OESOPHAGEAL STRICTURE:

التضيق لمريئي الحميد هو عادة نتيجة لداء الحرر المعدي المريئي (انظر الجدول 26) ويحدث على لأعطب عدد المرضى المسنين الذين تكون التضيقية المريئية لديهم سيئة.

الحلقات الناحمة عن التليف تحت المحاطية تحدث عند الوصل المريئي المعدي (حلقة Schatzki) وتسبب عسر بلع متقطع وغالباً ما يبدأ في العمر المتوسط. الوترة بعد الحلقي Post-Cricoid Web هي احتلاط نادر لعقر لدم بعوز الحديد (متلازمة بانترسون كيلي او بلومر هيسون) وقد تحتلط بتطور السرطاة الشائكة

التصيقات الحميدة تعالج بالتوسيع التطري الماطمي والذي تستخدم فيه شععات أو بالونات موجهة بسلك لتعزيق النسيج الليفي للتضيق.

##### الجدول 26. أسباب تضيق المري.

- داء الجزر المعدي المريئي.
- الوترات والحلقات.
- سرطان المري أو الفؤاد.
- الضغط الخارجى من سرطان قصبي.
- تناول المواد الأكالة (الكاوية).
- الندبة بعد العملية التالية لاستئصال مري جزئى.
- عقب العلاج الشعاعى.
- التالى لتثبيت أنفي معدي طويل الأمد.

## TUMOURS OF THE OESOPHAGUS

## I. الأورام الحميدة BENIGN TUMOURS:

الأكثر شيوعاً هو ورم اللحمة المعدية المعوية (GIST) وهو عادة لا أعرضي ولكنه قد يسبب ترقاً أو عسرة بفع.

## II. سرطان المري CARCINOMA OF THE OESOPHAGUS:

كله تقريباً تكون سرطانات غديه أو شائكة السرطان صغير الخلية هو نمط ثالث نادر.

## 1. السرطان الشائك:

في الشعوب الغربية يكون سرطان المري الشائك نادر نسبياً (انظر الجدول 27) (تقريباً 4 حالات من كل مئة ألف) بينما يكون شائعاً في إيران وحبوب أفريقيا والصين (200 من كل مئة ألف) السرطان الشائك يمكن أن ينشأ في أي جزء من المري من المنطقة ما بعد الحلقي وحتى الصّواد. تقريباً كل الأورام فوق الثلث السفلي للمري تكون سرطانات شائكة.

## 2. السرطان الغدي:

يشأ في الثلث السفلي للمري من مري باريت أو من هؤاد المعدة معدل حدوث هذا الورم يزداد وسبة حدوثه الآن حوالي خمسة من كل مئة ألف في المملكة المتحدة من المحتمل أن يكون ذلك بسبب الانتشار المرتفع للحبر المعدي المريئي ولري باريت في الشعوب الغربية.

## A. المظاهر السريرية:

معظم المرضى لديهم قصة عسر بلع للأطعمة الصلبة متلقي وغير مؤلم

يتظاهر آخرون بشكل حاد بسبب الانسداد بلقمة طعامية. في المراحل المتأخرة فإن نقص الوزن غالباً ما يكون شديداً، الألم الصدري أو الحكة توحى بعرو مصبفي يؤدي التوسر بين المري والرغامى أو الشجرة القصصية إلى سعال بعد البلع ولى ذات رئة وانصباب جبس العلامات المعيرانية قد تكون عاتية ولكن حتى في التظاهر البدئي فإن الدف والاعتلال الغدي اللعنى الرقنى أو الأدلة الأخرى على الانتشار النقلى تكون شائعة.

## الجدول 27: السرطان الشائك: العوامل المسببة.

• التدخين.	• اللاارتعائية في المري.
• لإعراض في الكحول.	• الوتره معد الحلقي.
• مصنع زور المعول Bete! Nuts أو الشم.	• التصيق معد تكاوياب
• «د» لراقي	• الشاب (عوط تقرب الراحيين والأحمصص لعائلي)

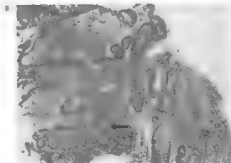
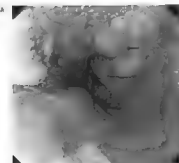
B. الاستقصاءات:

الاستقصاء المنتخب هو التطوير الهضمي العلوي (اسطر الشكل 27) مع المعص الحلو والحررة. بلغة لاريوم تظهر بوضوح مكان وطول التصيق ولكنها تقدم معلومات مفيدة قليلة.

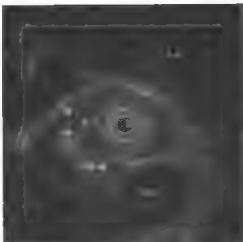
حالما نجر التشخيص فإن الاستقصاءات تحرى لتحديد مرحلة الورم وتحديد القابلية لعمل لجراحي. CT الصدر والبطن يجرى لتحديد الانتشار البقيلي ولتحديد العرو الموصفي. غزو الأمهر والتركيب الموصعية الأخرى قد تستبعد الجراحة لسوء الحظ فإن الـ CT ميل إلى تحديد أقل لمرحلة الورم والطريقة الأكثر حساسية هو الإيكو عبر البطني (EUS) والذي يدمج فيه الزحاح (البروب) الصدوي بدورة منظار بطني معدل (أطبر الشكل 28) هذه الاستقصاءات ستحدد مرحلة TNM للمرض.

### C. التدبير:

رغم المعالجة الحديثة فإن النجى الكلية لخمس سنوات للمرضى المتظاهرين بسرطان مري هي 6 / 9 / النجى التالية لاستئصال المري تعتمد على مرحلة الورم الأورام التي تمتد خلف جدار المري وتعلق إصابة عقد لمية ( N1 و T3 ) تنهق مع نجى لخمس سنوات حوالي 10 / بعد الجراحة. على كل حال فإن هذه الصورة تنحس بشكل مهم إذ كان الورم مقتصرًا على جدار المري ولا يوجد انتشار للعقد اللمفية. النجى الكلية التالية للجراحة ( لشاهية بشكل محتمل ) { إزالة كل الورم العياني } هي حوالي 30 / لخمس سنوات ولكن الدراسات الحديثة توحي بأن هذا يمكن أن ينحس بالعلاج الكيماوي المساعد الجديد ( قبل العملية ) والذي يشمل عوامل مثل سيسبلاتين و 5- فلورويوراسيل على الرغم من أن السرطانات الشائكة حساسة للأشعة إلا أن العلاج الشعاعي لوحده يتراهم مع نجى 5 / فقط لخمس سنوات.



شكل 27 السرطانية الغدية للمري السلي A سرطان عددي متوافق مع مري باريت (السهام) B سيجييا كبل من حلايا جبرته عارية تشاهد تحت مناطق الحؤول المعوي (السهام)



الشكل 28 تحديد المرحلة لسرطان المريء (بايكو السطير الباطني الورم (T) يمتد عبر حدار المريء (T<sub>3</sub> الأسهم) عقدة لمعية صغيرة في محيط الورم (LN) تشاهد أيضا (السهام) (AO = الأهر، LA = الأديم اليسرى E = ايكو السطير باطني)

شكل تقريبي من 70٪ من المرضى لديهم مرض واسع عند التطاهر وعند ذلك تكون المعالجة ملطمة ومسية على تخفيف عسر البلع والألم. احتمالات الورم الموجه بالتنظير الباطني باستخدام العلاج بالليزر أو إدخال ستنتات هو الطريقة الرئيسية لتحسين الملح. العلاج الشعاعي الملطف قد يحدث انكماش لكل من السرطانات الشائكة و لسرطانات الغدية ولكن الاستجابة الأعراضية قد تكون بطيئة.

يمكن أن تحسن نوعية الحياة بالدعم الغذائي والتشخيص الملائم.

## PERFORATION OF THE OESOPHAGUS

## الانثقاب المريء

لسبب الأكثر شيوعا هو الانثقاب طلي المنشأ كاحتلاط للنوسيع او التئيب. النسيقات لحيثة أو النضيقات الأكلة أو النضيقات عقب العلاج الشعاعي هي أكثر احتمالا لأن تنقب أكثر من النضيقات القرحية، لتصيق القرحي لتنبق بدبر عادة شكل محافظ باستخدام الصادات واسعة الطيف والتغذية الحلالية ومعظمها ينشئ في عصور أيام. انثقاب النضيقات الخبيثة ونضيقات الكاويات ونضيقات العلاج الشعاعي يتطلب استئصالاً جراحياً أو التئيب

ينتج انثقاب المريء العموي (متلازمة برهاف) عن افناء وبحشؤ قويين. يحدث ألم صدري شديد وصدمة عندما تدخل المحتويات المريئية المعدة المنصف وجوف الصدر. يتطور نضاج تحت الجلد وانصبابات جنب وريح صدرية. يتم التشخيص باستخدام بلعة طلبة منحلة بلئا والمعالجة تكون جراحية. التأخر في التشخيص هو العامل المؤدي إلى الوفيات المرتفعة المترافقة مع هذه الحالة.



## أمراض المعدة والعفج

## DISEASES OF THE STOMACH AND DUODENUM

## التهاب المعدة

## GASTRITIS

يشخص التهاب المعدة بالدراسات النسيجية على الرغم من إمكانية تمييزه أحياناً بالتطير الباطني.

## I. التهاب المعدة الحاد ACUTE GASTRITIS:

عالب أكث ونر في تكون العدلات الحلية الالتهابية المسيطرة في الظهارية السطحية تنتج العديد من الحالات من تناول الأسبرين أو مصادات الالتهاب اللاستيروئيدية (انظر الجدول 28) عالب لا يسبب التهاب لمعدة الحاد اعز صأ ولكن قد يسبب عسر هضم والقهم والغثيان أو الاقياء وقياء دمويأ أو غوطأ رعتياً.

ترول العديد من الحالات سرعة ولا تستحق استقصاء. في حالات أخرى فإن التطير الباطني والحرعة قد يكون ضروريين لاستبعاد القرحة الهضمية أو السرطان. يجب أن توجه المعالجة نحو السبب الأساسي. العلاج الأعراض قصير الأمد بمصادات الحموضة أو مثبط الحمض (مثل صادات مستقبل  $H_2$ ) أو مصادات الاقياء (مثل ميتوكلوبراميد) قد يكون ضرورياً.

## الجدول 28: الأسباب الشائعة لالتهاب المعدة.

التهاب المعدة الحاد (غالباً أكث ونر في)

- الأسبرين، NSAIDs.
- لمتوية البوابية (الإنتان البديش).
- الكحول
- أدوية أخرى مثل مستحضرات الحديد.
- تكرت العبيريونوخي الشديد مثل الحروق وهصور الأعضاء المتعدد ورمس الجهر العفص المركزي
- الجوز الصفراوي مثل التالي للجراحة المعدية.
- لإسادات العبيريونية مثل الحمة المصحمة للعلايا CMV وهيروس الحلا البسيط في الإنسر

## التهاب المعدة المزمن الأنواعي

- لإنتان سللتوية لسمية
- صاعية دائية (فقر الدم الوبيل)
- عقب ستصاال المعدية.
- لأشكال المرممة البوعية (نافرة).
- لإنتانات مثل CMV، التدرن.
- الأمرض الهضمية مثل داء كرون.
- الأمرض الجهازية مثل الساركوئيد ومرض الطعم ضد المضيف.
- مجهول السبب مثل التهاب المعدة الحبيومي.

## II. التهاب المعدة المزمن الناجم عن الإلتان بالملتوية البوابية:

### CHRONIC GASTRITIS DUE TO HELICOBACTER PYLORI INFECTION:

السبب الأكثر شيوعاً لالتهاب المعدة المرض هو الملتوية البوابية (انظر الجدول 28). الخلايا الالتهابية المسيطرة هي الخلايا اللمفاوية والخلايا البلازمية. يكون التوافق بين الأعراض والموجودات التطورية أو التشريحية المرضية ضعيفاً. معظم المرضى لا عرضيون ولا يتطلبون أية معالجة مرضى سوء الهضم والتهاب المعدة المرتبط بالملتوية البوابية قد يستفيدون من استئصال الملتوية البوابية.

## III. التهاب المعدة المزمن المناعي الذاتي AUTOIMMUNE CHRONIC GASTRITIS:

يصيب جسم المعدة ويعف عن الغار وينتج من فعالية مناعية دائمة ضد الخلايا الحدارية. المظاهر السليجية هي التهاب مزمن منتشر وصمور وقد عدد القعر وحؤول معوي وإحياء حرط تسج لحلايا الشبيهة بالحمية للكروم المعوية (ECL) قد توجد أحياناً أعداد حوالة مصادرة للخلايا الحدارية والعامل الداخلي، وتكون عند بعض المرضى درجة الصمور المعدي شديدة ويؤدي نقص إفراز العامل الداخلي إلى حدوث فقر الدم الوبيل لتهاب المعدة بنفسه لا أعراضه عادة لكن بعض المرضى لديهم دليل على اضطرابات مناعية دائمة بوعية لأعضاء أخرى خصوصاً المرض الدرقي. يوجد زيادة أربعة أضعاف في خطورة تطور السرطان المعدي.

## IV. داء منترير MENETRIER'S DISEASE:

في هذه الحالة النادرة فإن الوهجات المعدية تكون متطاولة ومتعرجة مع استبدال الحلايا الحدارية والخلايا الرئيسية بحلايا مفرزة للمحيط. كنتيجة فإن الثنيات المخاطية للجسم والقاع تكون متضخمة. معظم المرضى يكونون بأقصى حمض الهيدروكلوريك بينما بعض المرضى لديهم أعراض هضمية علوية. يتظاهر لدى الغالبية في الأعمار المتوسطة والمتقدمة باعتلال معوي مصيب للبروتين بأحم عن البصم من المخاطية المعدية. تظهر وجبة الباريوم ثنيات متضخمة وعقيدية وحشنة والتي تشاهد أيضاً بالتنظير الباطني على الرغم من أن الخزعات قد لا تكون عميقة كفاية لتظهر كل السمات السليجية. المعالجة بالأدوية المصادرة للإفراز قد تقلل من المقد البروتيني ولكن المرضى غير المستجيبين يحتاجون إلى استئصال المعدة جزئياً.

## PEPTIC ULCER DISEASE

## التهاء القرحة الهضمية

يشير مصطلح (القرحة الهضمية) إلى قرحة في المري أو المعدة أو الفم في الصائم بعد المعالجة الجراحية للمعدة أو بادرًا في اللغائفي بحوار رنج ميكل. القرحات في المعدة أو الفم قد تكون حادة أو مزمنة وكلاهما يحترق العصبية المخاطية ولكن القرحة الحادة لا تظهر دليلاً على التليف. السحجات لا تحترق العصبية المخاطية.

## I. القرحة المعدية والعفجية GASTRIC AND DUODENAL ULCER:

على الرغم من أن شيوع القرحة الهضمية متناقص في العديد من المجتمعات العربية فإنه لا يزال يصيب تقريبا 1% من كل البالغين في وقت ما من حياتهم. نسبة الذكور إلى الإناث بالنسبة للقرحة العفجية تختلف من 1/5 إلى 1/2 بينما تلك بالنسبة للقرحة المعدية هي 1/2 أو أقل.

### A. السبببات:

#### 1. الملثوية البوابية.

يرتفع انتشار الخمج بالملثوية البوابية في العالم الصناعي لدى عموم السكان بشكل مطرد مع العمر. وفي المملكة المتحدة فإن 50% تقريبا من أولئك فوق عمر الـ 50 سنة هم محموجون ويكون الحمخ في مناطق عديدة من العالم البامي أكثر شيوعا بكثير ويكتسب غالبا في سن الطفولة. حتى 90% من السكان يكونون محموجين في عمر البلوغ في بعض الأقطار. لعالية العظمى من الناس المستعمرين بالملثوية البوابية يبقون معافين ولا عرضيين وفقط القلة يطورون المرض السريري. حوالي 90% من مرضى القرحة العفجية و 70% من مرضى القرحة المعدية يكونون محموجين بالملثوية البوابية و 30% الباقية من القرحات المعدية تنجم عن NSAIDS.

**الإمراضية والفيريولوجيا المرضية للإنتان:** تسمح حركية المتغصنة لها بالتوسع والعيش عميقا تحت طبقة المخاطية ملتصقة بإحكام بالسطح الظهاري.

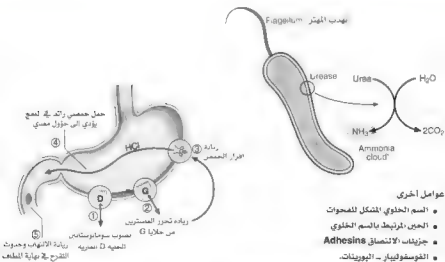
يكون PH لسطح هذا متعادل تقريبا وأي حموضة تعدل بإنتاج المتغصنة لألبريم اليوريار. وهذا ينتج الأمونيا من البولة ويرفع الـ PH حول الحرثومة على الرغم من أنها غير عازية فإن الحرثومة تحت على التهاب المعدة المزمن بتحريرص استجابة النهائية موضوعة في الظهارية المعطية الناحية عن تحرر سلسلة من السموم الخلوية (انظر الشكل 29). تستعمر الملثوية البوابية على وجه الحصر الظهارية من النمط المعدي وتوجد فقط في الفمخ بالتوافق مع بقع حؤول معدي.

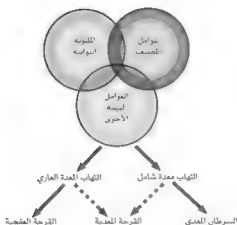
عند معظم الناس فإن الملثوية البوابية تسبب التهاب المعدة الفاري المتوافق مع بصوب السوما توستاتين (من خلايا D) وتحرر العاسترين من الخلايا G أن فرط عاسترين الدم اللاحق يسبب إنتاج الحمص من الخلايا الحدرية ولكن في عائلة الحالات فإن هذا ليس له نتائج سريرية في قلة من المرضى (ربما أولئك الذين يرثون كتلة خلايا حدارية كبيرة) فإن هذا التأثير يكون مماقماً مؤدياً إلى تقرح عمحي (انظر الشكل 30) دور الملثوية لبوابية في إمراضية القرحة المعدية أقل وضوحاً ولكن من المحتمل أن تعمل الملثوية البوابية على إقصاء مقاومة المخاطية المعدية لهجوم الحمض والنسبي. تسبب الملثوية البوابية عند حوالي 1% من الناس لمحموجين التهاب معدة شامل مؤدياً إلى صموز معدي ونقص حمص الهيدروكلوريك. وهذا يسمح للبكتيريا بالتكاثر ضمن المعدة. وهذه قد تتج بيارات مولدة للظفرات من بيارات العداء موهبة لتطور السرطان المعدي (انظر الشكل 31). سبب النتائج المختلفة عبر واضحة ولكن احتلاهاب السلالة الحرثومية والعوامل المورثية للمضيف تكون كلاهما

محتملين.

التشخيص شوهر اختبارات تشخيصية مختلفة عديدة من أجل جمع المذنب البولية (انظر الجدول 29) بعضها عاجٍ ويتطلب تطهيراً داخلياً. والآخرى تكون غير عارية وهي تختلف في الحساسية والنوعية. إجمالاً فإن اختبارات النفس هي الأفضل بسبب دقتها وبساطتها ولأنها غير عارية

المسائل	الميزات	الاختبار
غير العارية:		
المصلية	سريعة	اختبارات يوريا أنفوس
	الأدوات متوفرة.	
اختبارات يوريا أنفوس	حساسية ونوعية مرتفعتان	العارية (الخرقة العارية):
	تستخدم لعماليه لشعاعية $^{14}C$ يتطلب مقياس طيف كتلي وعالي الثمن.	
سريعاً	حساسية والنوعية	اختبارات اليوريا السريعة مثل Pyloritek CLO.
	وحيدة سريعة نوعية	
زرع المعصوبات الدقيقة	المعيار الذهبي	زرع المعصوبات الدقيقة
	يحدد الحساسية للمضادات.	





الشكل 32 متابع الإنسان بالمثوية البوابية.

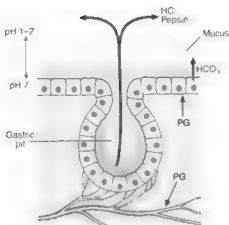
## 2 مصادات الالتهاب اللاستيروئيدية (NSAIDs).

### 3. التدخين:

يمنع التدخين حطوة ريدة للقرحة المعوية ولدرجة أقل للقرحة العفجية. عندما تشكل القرحة هبها تسبب احتلاطات بشكل أكثر احتمالاً وتكون أقل احتمالاً لأن تشفى بأنظمة المعالجة القياسية إذا استمر المريض بالتدخين.

### 4. المقاومة المخاطية ضد الحمض والبسسين:

تشكل قرحة عندما يوجد عدم توازن بين عوامل الهجوم (القدرة الهاصمة للحمض والبسسين) وبين عوامل الدفاع (مقدرة المخاطية المعوية والعفجية على مقاومة هذه القدرة الهاصمة) (انظر الشكل 32). تشكل هذه المقاومة المخاطية الحاحر المخاطي المعدي. تحدث القرحات فقط في وجود الحمض والبسسين وهي لا توجد أبداً عند المرضى هقدي حمض الهيدروكلوريك مثل مرضى فقر الدم الوبيل. من ناحية أخرى فإن القرحة المعدي الشديد والمعد يحدث بشكل دائم تقريباً عند مرضى ملارمة رولينجر إليسون والتي تعبير بفرار مرتفع جداً للحمض.



الشكل 32، الحماية المخاطية المعدية، المعوية (PG) يسهل إفراز ليكيتروستات والمخاط، ويريد الحرياس دموي المخاطي، تمرر، يوبات الليكيتروستات إلى الطبقة المخاطية مما يؤدي إلى تعديل أيونات الهيدروجين عندما تنتشر للحمض إلى لظهارية التجدد، تحلوي لسريع والامداد الدموي المخاطي التي هما عنصران حتمية مهمين

معظم مرضى القرحة المعوية لديهم إفراز حمضي متعافى بشكل واضح استجابة لتثبيط الغاسترين وإن مستوى ليوبية (كما نوقشت مسبقاً) تؤدي إلى حرط غاسترين الدم. عند مرضى القرحة المعدية تكون تأثيرات المثوية ليوبية أكثر تعقيداً وإن الدفاع المخاطي الضعيف الناجم عن اتحاد الخمج بالمثوية البوابية و NSAIDs والتدخين قد يملك دوراً أكثر أهمية.

## B. الأمراض:

القرحة المعدية، المرممة تكون وحيدة عادة، 90٪ منها تتوضع على الانحناء الصغير ضمن العار أو على الوصل بين مخاطيه لحسم والفار. تحدث القرحة المعوية المرممة عادة في القسم الأول من العصج تماماً بعد الوصل المخاطي، البوابي العصجي. ويكون 50٪ منها على الحدار الأمامي تترافق القرحات المعدية والمعوية عند 10٪ من المرضى ونحو ذلك أكثر من قرحة هضمية واحدة عند 10-15٪ من المرضى. تمتد القرحة المرممة لأسفل الطبقة العضلية، المخاطية وسيجياً تظهر أربع طبقات حطام سطحي وارشاح بالعدلات ونسيج حبيبي وكولاجين

## C. المظاهر السريرية:

الداء، المرعى الهضمي هو حالة مرممة مع تاريخ طبيعي من التكمس والهجوم العمويين يستمر لعمود إن لم يكن طوال الحياة. رغم أنها أمراض محتلمة إلا أن القرحات المعدية والمعوية تشارك في أعراض شائعة و لمي ستؤخذ بالاعتبار معاً.

التظاهر الأكثر شيوعاً هو الألم البطنى المتكرر والذي يملك ثلاث سمات يمكن ملاحظتها: توصفه في الشرسوف وعلاقته مع الطعام وحدوثه التوبي.

يحدث الإقياء العارض عند حوالي 40٪ من الأشخاص القرحيين. الإقياء المستمر الذي يحدث يومياً يوحى بنسداد معرج المعدة. عند ثلث المرضى تكون الفصّة أهل تمييزاً وهذا صحيح خصوصاً عند المسين المعالجين بمضادات الالتهاب للاستيرونيدية عند هؤلاء المرضى فإن الألم قد يكون عائناً أو حقيقياً جداً ولدي يصادف فقط كحساس منهم بالانزعاج الشرسوفي أحياناً تكون الأعراض فقط قهماً وعثناً أو الإحساس بنجمة ممرطة بعد الوجبة. عند بعض المرضى تكون القرحة (صامتة) بشكل كامل وتتظاهر للمرة الأولى بقدر دم بسبب فقد الدم لمرضى غير المكتشف أو كإقياء دموي مباح أو كاستنقاب حاد. عند احترس بوجود نرف حاد متكرر وبدون ألم قرحي بين الهجمات. يجب أن يلاحظ بأن القيمة التشخيصية للأعراض التشخيصية بالنسبة للداء القرحي الهضمي تكون ضئيلة والقصة تكون عائلاً مشعراً صغيماً لوجود قرحة

#### D. الاستقصاءات:

يمكن أن يتم التشخيص بالمعص بوحدة الباريوم ثنائية التباين أو بالتنظير الباطني التنظير الباطني استقصاء مفصل لأنه أكثر دقة ويملك أفضلية كبيرة بحيث أن الأوقات المشتبهة وحالة الملتوية البوابية يمكن أن تقيم بالحرقة بالنسبة لأولئك الذين لديهم قرحة عمحية مشاهدة بوحدة الباريوم فإن فحص يوريا النفس سيحدد بدقة وضع الملتوية البوابية. بشكل نادر فإن القرحة المعديّة قد تكون حميدة لذلك فإن التنظير الباطني والخرعة أساسيان عندما تكشف القرحة المعديّة على فحص الباريوم. علاوة على ذلك فإن التنظير الباطني في الداء القرحي المعدي يجب أن يعاد بعد علاج مناسب لاثبات أن القرحة قد شفيت وللعصول على جرعات إضافية إذا لم تكن قد شفيت. وبالعكس فإنه من غير الضروري إعادة التنظير الباطني بعد معالجة القرحات المعوية.

#### E. التدبير:

إن أهداف التدبير هو تخفيف الأعراض وتخريس شفاء القرحة في مدة قصيرة ومدّة القرحة في مدة طويلة استئصال الملتوية البوابية هو حجر الأساس لمعالجة القرحات الهضمية كما أنه سيمنع النكس بنجاح ويخلصنا من الحاجة إلى العلاج طويل الأمد عند عالمية المرضى

#### 1. استئصال الملتوية البوابية:

كل مريض داء القرحة الفعوية المثبتة الحادة أو المرممة ومرضى القرحة المعديّة إحصائياً الملتوية البوابية يجب أن يتلقوا علاجاً استئصالياً للملتوية البوابية كعلاج أولي. المعالجة مبنية على مشط مضخة برونون يؤخذ بالتزامن مع مضادين حيويين (من الأموكسيسيللين والكلاريثرومايسين والمتروبيدارول) لستة أيام. المطاوعة والتأثيرات الجانبية والمقاومة للمتروبيدارول تؤثر على نجاح العلاج (انظر الجدول 30)



### الجدول 30: التأثيرات الجانبية الشائعة لعلاج استئصال الملتوية البوابية.

- لاسهال.
- 30-50٪ من المرضى عاذه حمض لكن التهاب الكولون المرتبط بالملتوية تصعبه يمكن ان يحدث
- لميترونيديزول
- الطعم المعدني وشتم اعيال الاعصاب المحيطية (نادر) البوهج والاقياء عدم يوجد مع الكحول
- نفثيان وإقياء
- لفص البطني.
- تصدع.
- لطح.



### الجدول 31: استطببات استئصال الملتوية البوابية.

- محددة (معيقة).
- القرحة الهضمية.
- المالتوما.
- غير مستطبة.
- للأعرضية.
- داء الحزير المدى المريئي.
- غير مؤكدة.
- انقصة لعائية للسرطان المعدي
- الاستخدام طويل الأمد لمصادات الالتهاب اللاستيروئيدية
- عسر الهضم اللاقروحي.

يجب أن يقدم خط العلاج الثاني لأولئك الذين يفرون مخموجين بعد العلاج البدئي حالي يتم تعيين أسباب فشل خط العلاج الأول (مثل المطاوعة) بالنسبة لأولئك الذين لا يزالون مستعمرين بالملتوية البوابية بعد معالجتين فإن الاحتمار يقع بين محاولة ثالثة بعلاج رباعي (بيرموت ومشط مصصعة بروتون وصاديين) أو علاج صيانة طويل الأمد بمشط للعضض.

لاستطببات الأخرى لاستئصال الملتوية البوابية تظهر في (الجدول 31)

## 2. الإجراءات العامة:

يجب تجنب تدخين السجائر والأسبرين ومصادات الالتهاب اللاستيروئيدية شرب الكحول باعتدال غير مضر ولا يوصى بحمية خاصة.

## EBM

### استئصال الملتوية البوابية – أنظمة المصادات:

تظهر تحارب عشوائية ان خط العلاج الأول يجب ان يشمل مشط مصصعة بروتون بالجرعة القياسية (كل 12 ساعة) وكلازيتروكسبي 500 مل مع كل 12 ساعة وامتوكسيسيلين 1 غرام كل 12 ساعة أو ميترونيديزول 400 مل مع كل 12 ساعة لسبعة أيام الخط الثاني للعلاج الموصى به في حالة الفشل هو مشط مصصعة البروتون بالجرعة القياسية (كل 12 ساعة) وبيرموت 170 مل (كل 6 ساعات) وميترونيديزول 400 مل مع كل 12 ساعة وتترسكلين 900 مل مع كل 6 ساعات لسبعة أيام





الحدول 32. الأدوية المستخدمة بشكل شائع في القرحة الهضمية وفي اضطرابات عسر الهضم الحمضية الأخرى

الأدوية	المعالجة قصيرة الأمد	الصيانة	التأثيرات الجانبية
الأدوية التي تثبط إفراز الحمض:			
مضادات $H_2$ .			
اسميتيدين	400 مع كل 12 ساعة أو 800 مع ليلاً	400 مع ليلاً	التحطيط الأسهال التداخل مع الوارفارين و لميتوتين والثيوفيلين
الرانيتيدين	150 مع كل 12 ساعة أو 300 مع ليلاً	150 مع ليلاً	التحطيط.
مضادات $H^+/K^+$ ATPase (مضادات مضخة البروتون)			
أوميبرازول	20 مع مرة يومياً	20 مع ليلاً	فرط عاكسرين الدم، سعال التداخلات مع الوارفارين والفيبرين.
لانسوبرازول	30 مع مرة يومياً	15 مع ليلاً	
ناسوبرازول	40 مع مرة يومياً	لا بوصف بها	فرط عاكسرين الدم، تداخلات دوائية أقل. صدغ
رايبرازول	20 مع مرة يومياً	لا بوصف بها	إسهال طموح
أدوية التي تعزز الشفاء المخاطي والعوامل المنشطة للحركة:			
سرموت	125 مع كل 6 ساعات	لا بوصف بها	يسود اللسان والأسنان والبراز التسمم بالبرموت مع الاستعمال لمطول (مادر)
ميروبروستول	200 مع كل 6 ساعات	200 مع كل 6 ساعات	مخاض، اضطرابات عند النساء، بعمق الانجاب الإسهال عند 20٪.
سوكرات	2 مع كل 12 ساعة	لا بوصف بها	قد يرتبط وينقص امتصاص الديجوكسين والوارفارين والتتراسكلين والميتوتين. مقهى، إسهال، تأثيرات خارج هرمية.
دومبيريدون	10-20 مع كل 8 ساعات	لا بوصف بها	فرط بروتاكتين الدم وعسر المقوية الحد

### 3. التدبير قصير الأمد:

أدوية عديدة مختلفة متوفرة من أجل التدبير قصير الأمد للأعراض الهضمية الحمضية (نظر الحدول 32)

مضادات الحموضة وهي متوفرة بشكل واسع من أجل التداوى الدائي وتستخدم لتخفيف أعراض عسر الهضم لحمية يرتكر معظمها على مشاركات أملاح الكالسيوم والألمنيوم والمغنسيوم، ويمتلك كل منها تأثيرات جانبية خاصة بها، حيث تسبب مركبات الكالسيوم الإمساك بينما تسبب العوامل الحاوية على المغنسيوم الإسهال. مركبات الألمنيوم تحصر امتصاص الديجوكسين والتتراسكلين وهوسمات العداء معظمها ذو محتوى صوديوم مرتفع ويمكن أن تفاقم قصور القلب الاحتقاني.

مضادات المستقبلات  $H_2$  الهستامينية وهي مثبطات شافسية للهستامين على مستقبل  $H_2$  على الحائية

لجدرية. أعراض عسر الهضم تحدث فوراً وعادة في غضون أيام من بدء المعالجة. وإن 80٪ من القرحة المعجية

ستشفى بعد 4 أسابيع هذه الأدوية لا تنشط إضرار الحمض لحمس الدرجه مثل منظمات مصحة البروتون ولكنها مبيدة من أجل التدمير قصير الأمد لأعراض عسر الهضم الحمضيه قبل الاستقصاء وهي فعالة بشكل معتدل في تدمير داء الجزر تملك سحلاً آمناً مشتأ والعديد منها يمكن الآن شراؤه في المملكة المتحدة بدون وصفه.

**مثبطات  $H^+/K^+ATPase$  (مثبطات مصخة البروتون)** وهي مركبات Benzimidazole «بنسنة والمي تنشط بشكل نوعي وغير عكوس مصحة البروتون (هيدروحيي/بوتاسيوم أنيار) في عشاء الخلية الحدارية هي مثبطات «الحرر المعدي لأقوى المكتشفة حتى الآن مع تنشط أعظمي يحدث بعد 3-6 ساعات من الجرعة اليومية وهي تملك سمات آمنة معتادة. بعد نصح أيام من المعالجة فإنه يتحقق فقد فعلي لحمص الهيدروكلوريك ويتبع ذلك شفاء سريع لكل من القرحة المعدية والعصية الأوسرارول واللاتروسرارول هي مركبات مهمة في أنظمة استئصال الملثوية البوابية مثبطات مصحة البروتون أيضاً أكثر فعالية بكثير من صادات  $H_2$  في الشفاء و لصيانة بالنسبة للتهاب المري الجزري.

**مركبات البرموت العروانية** تحت سترات البرموت العروانية هي معلق نشايري لمعقد ملح البرموت العرواني. تملك تأثيراً حقيقياً أو لا تأثير لها على إفراز المعدة الحمضي ومن المحتمل أن يكون تأثيرها الشافي للقرحة ناجم عن مشاركة المعالجة ضد الملثوية البوابية وتحرير أنثبات دفاع المعاطية.

**المسوكرالعات** هو ملح المنيوم قاعدي لأوكنا سلعات السكرور يملك تأثيراً قليلاً على إضرار الحمض ولكن من المحتمل أن يعمل عل حماية قاعدة القرحة من المعالجة الهضمية بعدة طرق إنه يربط عامل نمو مولدات الليف إلى قاعدة القرحة مقللاً من مرور البيسين والحمض. وهو قد يعمر تقلب (تحدد) الخلايا الطهارية يجب أن يؤخذ قبل الوجبات بـ 30-60 دقيقة

**مشابهات البروستاغلاندين الصناعية (ميوزبروستول)** تقوم البروستاغلاندينات بتأثيرات معقدة على المخاطية المعدية المفجية بالجرعات المخففة فإنها بقي من الأدوية المحدثه بالأسبرين و NSAIDs بواسطة تحرير الحريان الدموي المخاطي وعمر تنبيه إضرار المخاط والبكربونات وتنبيه تكاثر الحلية الطهارية. بالجرعات العالية ينشط إضرار الحمض. الميوزبروستول فعال للوقاية ولعلاج القرحة المحدثه بالـ NSAIDs ولكن في العمل السريري فإن مثبطات مصحة البروتون تكون مفضلة بما أنها على الأقل فعالة مثلها وتملك تأثيرات جانبية أقل.

#### 4. معالجة الصيانة.

معالجة لصيانة المستمرة قد لا تكون ضرورية بعد استئصال الملثوية البوابية بمجرد. بالفسة للقلة الغير يتطلون معالجه الصيانة فيجب أن تستخدم الجرعة المعاللة الأقل.

#### 5. المعالجة الجراحية.

إن شفاء معظم القرحة الهضمية بالعلاج الاستئصالي للملثوية البوابية وبوهر أدوية مثبطة للحمض قوية آمنة محل الحراحة الانتعابية من أجل داء القرحة الهضمية حادثة بادره. الاستطابات مدوة في (الحدول 33).

	الحدوث 33، استعطيات الحراة في القرحة الهضمية.
	الإسعافه
	• الانتفاخ.
	• التزف.
	• الانتفاخية.
	• الاحتلاطات مثل اسداد مخرج المعدة
	• القرحة الناكسة التالية لجرحة المعدة

العملية المفتحة بالنسبة للقرحة المعدة المرمونة عبر الشافية هي استئصال المعدة الحرثي وبشكل مفصل مع ماعرة بيلروت I والتي تستأصل فيها القرحة والمنطقة الحاملة لها. السبب لهذا هو استبعاد السرطان المستبطن لجرحة الحسمة. المصادرة للحمص والتي تكون على شكل قطع المهم والتصريف (تصنيع البواب أو لماعرة المعدة المعوية) أو قطع المهم فائق الانتقائية لم تعد مستطمة من أجل داء القرحة المعوية في الحالة الاسعافية فإن الحياطة المتوصلة "Under-Running" للقرحة من أجل البرف أو الاصلاح بالرقعة "Oversewing" من أجل الانتفاخ يكون كل ما هو مطلوب. في وجود قرحات علفية عرطلة فإن قطع المعدة الحرثي باستخدام عمية إعادة البناء (بوليا) أو بيلروت II قد يكون مطلوباً.

#### 6. اختلاطات الاستئصال المعدي أو قطع المهم،

تحدث درجة معينة من الاضطرابات (المحر) عند 50٪ من المرضى بعد حراة القرحة الهضمية. عند معظم المرضى تكون الناثيرات قليلة الأهمية ولكن في 10٪ من الحالات فإنها تعمد نوعية الحياة بشكل مهم الشبع الباكر والإقياء: الاغراق المعدي التسريع يؤدي الى انشاخ الأمعاء الدقيقة القريبة حيث أن المحتويات مصرطة التوتر تسحب السائل إلى اللعنة وهذا يؤدي إلى عدم ارتياح بطني وإسهال بعد الطعام. تحرر منعكسات الجملة المستقلة سلسلة من الهرمونات الهضمية والتي تؤدي إلى مظاهر وعائية حركية مثل التوهج والخفقان والتعرق وتسرع القلب وهبوط الضغط (الاعراق الماكر). لذلك يجب على المرضى أن يتجنبوا الوجبات الكبيرة مع محتويات عالية من الكربوهيدرات.

التهاب المعدة الحرثي الصمراوي. يؤدي الحرر الصمراوي المعوي إلى التهاب معدة مرم. وهو عادة لا عرضي ولكن قد تحدث النحمة. العلاج العرضي بمصادرات الحموضة الحاوية على الألميوم أو بالسكراطات قد يكون فعالاً فة من المرضى يحتاجون حراة معدلة مع إحداث عروة (Roux-en-Y) لمنع لحرر الصمراوي إلى المعدة.

متلازمة الإغراق المتأخر تحدث أعراض الإغراق بعد الأكل د 90-180 دقيقة الإمرضية مشابهة بشكل واسع للإغراق الباكر ولكن يحدث فيه نقص سكر دم ارتكاسي وقد يسبب تخلطاً دهنياً الإفرد السريع للكربوهيدرات إلى المعى الدقيق الداسي يتسبب في تحرير متعاطم للاسولين مع نقص سكر دم ارتكاسي لاحق هرمونات المعى الأخرى والبيتيدات المعوية قد تكون متورطة أيضاً المعالجه مشابهة لمتلازمة الإغراق الباكر.

**الإسهال وسوء الهضم** قد يتطور الإسهال بعد أي عملية لتفريخ الهضمية ويحدث عادة بعد الأكل - 1 - 2 ساعة. إن المرح المبين للطعام في المعدة مع الإهراق السريع والمرح عبر الكاليج مع المفرزات الصفراوية والسكرياسية ونقص ريس العمور المعوي وحرط المعو الحرثومي قد يؤدي إلى سوء الامتصاص.

عالمًا ما يستجيب الإسهال للنصيحة الغذائية مأكّل وحبات صفيّرة وحامّة مع مدحول معقم من الكاربوهيدرات المكررة الأدوية المصادة للإسهال مثل كودثن هوسفات (19-30 ملغ 4-6 مرات يوميًا) أو لوبيراميد (2 ملغ بعد كل تبرز رخو) غالباً ما تكون مفيدة.

**نقص الثور:** معظم المرضى ينقص وريهم بعد الجراحة بفترة قصيرة و 30-40٪ منهم يكونون غير قادرين على استعادة كل لوزر المفقود السبب المعتاد هو نقص الوارد بسبب صغر القسم المتبقي من المعدة ولكن الإسهال والإسهال الدهني الخفيف يساهمان في ذلك أيضاً.

**فقر الدم:** يكون فقر الدم شائعاً بعد قطع المعدة تحت الثام بعدة سنوات على الرغم من أن عوز الحديد هو السبب الأكثر شيوعاً فإنه يشاهد أيضاً عوز حمض الموليك و B<sub>12</sub>. ويعتبر الوارد الغذائي غير الكافي من الحديد والفولات ونقص إمرار الحمض والعامل الداخلي وقد فقد الدم منقسم الدرجة المزمع الحميف من القسم المعدي المتبقي والتفريخ الناكس مسؤولاً عن ذلك.

**داء المعظم الاستقلالي:** يحدث كل من تحلل العظام وتلين العظام نتيجة لسوء امتصاص الكالسيوم و فيتامين D.

**السرطان المعدي:** سجلت حطورة رائدة لسرطان المعدة من دراسات وبائية عديدة الحطورة هي الأعلى عند مرضى نقص حمض الهيدروكلوريك ومرضى حرر الصفراء المعفي المعدي والتدخين والإنسان الملتوية لبوسية على الرغم من أن الحطورة النسبية تكون رائدة إلا أن الحطورة المطلقة للسرطان تبقى منخفضة والمراقبة بالتطير الباطني غير مستطبة بعد الجراحة المعدية.

## E. اختلاطات داء القرحة الهضمية:

وهي الانتقاب وانسداد مخرج المعدة والتزف.

### 1. الانتقاب

عندما يحدث الانتقاب الحر فإن محتويات المعدة تتسرب إلى حوف البريموان مودية إلى التهاب بريتوس يحدث الانتقاب بشكل أكثر شيوعاً في القرحات المعفية منه في القرحات المعدية وعادة في القرحات على الحدار الأمامي حوالي الربع من كل الانتقابات تحدث في القرحات الحادة ومصادات الالتهاب اللامبيروثيدية عالمًا ما تكون متورطة

**المظاهر السريرية:** غالباً ما يكون الانتفاخ العلامة الأولى للقرحة وإن قصة ألم شرسوفي متروك غير شائعة أكثر عرض ملئت هو الألم المماحي والشديد والذي يتيح تورعه انتشار المحتويات المعدية على البريتوان. يتطور الألم ميدني في أعلى البطن ويصبح بسرعة معمماً. ألم دروة الكف نجم عن تحريش الحجاب الحاجز. يترافق الألم مع تلمس سطحي ناعم عن يحدد حركات الحجاب الحاجز وعن الصدمة. يبقى البطن غير متحرك وتوجد صلابة معممة (تشبه اللوح).

تكون الأصوات المعوية غائبة وتقلص الأضمية الكبدية بالقرع نتيجة وجود غاز تحت الحجاب الحاجز بعد نضع ساعدت قد تتحسن الأعراض على الرغم من أن الصلابة المبطية تبقى. فيما بعد تسوء حالة المريض عندما يتطور التهاب البريتوان المعمم.

عند 5٪ من الحالات على الأقل فإن صورة الصدر بالوقوف تظهر هوائاً حراً تحت الحجاب الحاجز. إذا لم يظهر ذلك فإن بلعة المادة الطليقة المحلاة بالماء ستثبت تسرب المحتويات المعدية العفجية

**التعبير والإندار:** بعد الانعاش يعالج الانتفاخ الحاد جراحياً إما بالاعلاق البسيط أو بتحويل الانتفاخ إلى تصبغ نواب إذا كان كبيراً. في أحيان نادرة فإن قطع المعدة الجرنى لبولاً يكون مطلوباً.

تعالج المثوية البوابية (إذا وجدت) بعد الجراحة ويتم تحب «NSAID». يحمل الانتفاخ وهيئات بسية 25٪ هذا الرقم المرتفع يعكس العمر المرتفع ووجود أمراض مرافقة عند هؤلاء الأشخاص.

انسداد مخرج المعدة تظهر الأسباب في (الجدول 34). الأكثر شيوعاً هو القرحة في ناحية النواب

**المظاهر السريرية:** الغثيان والإقياء والانتفاخ البطني هي المظاهر الرئيسية لانسداد مخرج المعدة يتم تقيؤ كميات كبيرة من المحتوى المعدى وقد يميز طعام أكل قبل 24 ساعة أو أكثر.

المحص السريري يظهر بشكل دائم دليلاً على الهزال والتخفاف قد تظهر علامة الحصى بعد 4 ساعات أو أكثر من إحر وجبة أو إحر شرب النعج المعدى المرئي مشحون لانسداد مخرج المعدة

**الاستقصاءات:** عند المحتويات المعدية يؤدي إلى تخفاف مع انحصاص كلور المصل وبوتاسيوم المصل وارتفاع تركيز البولة والبيكربونات في المصل. هذا يتسبب في تعريض الامتصاص الكلوي للصوديوم بالتبادل مع الهيدروجين وحماض بولي تنافسي. الرشف الأنفي المعدى لـ 200 مل على الأقل من السائل من المعدة بعد صيام طوال الليل يوحي بالتشخيص.



الجدول 34: التشخيص التفريقي والتعبير لانسداد مخرج المعدة.

التعبير	السبب
التوسع بالناتون أو الجراحة	لتصيق الليبي من قرحة عفجية كما في التصبغ البوابي
علاج دوائي	ودمه في القناة البوابية أو من القرحة العفجية
جراحة.	كارسينوما الفاز:
جراحه	تصيق النواب الصخامي عند البالغين.
استقصاء المسبب: الأدوية المنشطة للحركية.	الخلل المعدى:

يحب أن يجرى التطهير الباطني بعد امراض المعدة بانبوب انفي معدي عريض القطر التوسيع بالنسبة للتصنيفات الحميدة عبر التطهير الباطني قد يكون ممكناً عند بعض المرضى. في الخزل المعدي يكون المواب طبيعياً لتطهير الباطني يمكن أن يمر بسهولة إلى العضج

دراسات الباريوم بدر ما يصبح بها لأنها عادة لا تستطيع أن تمر بين القرحة الهضمية والسرطان. علاوة على ذلك فإن الباريوم يبقى في المعدة وتكون إزالته صعبة.

التدبير يجرى المص الأنفي المعدي والاصلاح الوريدي للتخفاف في الحالات الشديدة فإن 4 ليترات على الأقل من المحلول الملحي إسوي التوتر و80 مللى مول بوتاسيوم قد تكون ضرورية خلال الـ 24 ساعة الأولى. إصلاح القلاء لاستقلابي غير مطلوب. عند بعض المرضى فإن الأدوية المشطة لمصحة البروتون تشفي القرحة وتحقق الوذمة النوبية وتتطلب على الحاجة للجراحة. عند آخرين يكون قطع المعدة الجرحي ضرورياً على الرغم من أنه أفضل ما يجرى بعد فترة سبعة أيام من الرشف الأنفي المعدي والذي يمكن المعدة من العودة إلى حجمها الطبيعي. المغارة المعدية المعوية هي عملية بديلة ولكن المرضى عددٌ سيحتاجون إلى علاج طويل الأمد بمشط مصحة البروتون لمنع تفرج الفم ما لم يجر قطع المهم أيضاً.

## 2. النزف:

انظر الصفحات (39-45).

قضايا عند المسنين:
داء القرحة الهضمية
<ul style="list-style-type: none"> <li>تمت القرحة المعوية تصحبه معدل حدوث ومعدل قبول ووفيات أكبر بعدة اصعاف عند المسنين</li> <li>ينجم هذا عن شيوع المرتفع للمعدة سلبية واستخدام NSAID ولبات الدماغ الضميمة</li> <li>كثيراً ما يكون الألم والتخمة غائبين أو لا يمدحيين لذلك يتطور لدى المسنين احتلاطات مثل النزف أو الانتفاخ بمعدل أكبر بكثير.</li> <li>عندما يحدث النزف فإن المرضى المسنين يحتاجون تدبير مكثف أكثر (يشمل قياس الضغط الوريدي المركزي) من المرضى الأصغر سناً لأنهم يحملون صدمة نقص الحجم بشكل سيئ.</li> </ul>

## II. متلازمة زولنجر - إليسون ZOLLINGER-ELLISON SYNDROME:

وهي اضطراب نادر يتميز بالثلاثي تقرح هضمي شديد وهبوط إفراز الحمض المعدي وورم الخلية لانيت لسكرياس (الغاسترينوما) من المحتمل أنها تشكل حوالي 1/0. من كل حالات التفرح المعوي تحدث متلازمة عند كلا الجنسين وفي أي عمر على الرغم من أنها أكثر شيوعاً بين 30-50 سنة من العمر.

## A. الفيزيولوجيا المرضية:

يبرز الغاسترينوما كميات كبيرة من الغاسترين والذي ييبه الخلايا الحداثية في المعدة على إفراز الحمض بقدرة القصوى ويريد كتلة الحلة الحداثية ثلاثة إلى ستة اصعاف لا يريد النتاغاسترين معدل الإفراز أعلى

كثير من القيم القاعدية لأن المعدة تكون في حالة إهرار اعظمي قد يكون المصادر الحمضي كبير جدا بحيث يصل إلى لأعما، لديهته العلوية منفصا PH اللمعه الى 2 او اهل يكون الليبار البكرياسي غير ممعل وترسب حموض الصفراوية، ينتج إسهال وإسهال دهني.

## B. الأمراض:

تحدث حوالي 90٪ من الأورام في رأس البنكرياس أو الحدار العمقي الداني والموقع الأخير يكون أكثر شيوعاً، يصعبها على الأقل تكون متعددة وحجم الورم يمكن أن يختلف من 1 ملم حتى 20 سم تقريباً إلى الثلثين تكون حبيثة ولكنها غالباً بطيئة النمو، من هؤلاء المرضى فإن 20-60٪ لديهم أيضاً عذومات لحارات الدرق والغدة النخامية (الأورام العدية الصماوية المتعددة، MEN نمط 1).

## C. المظاهر السريرية:

تكون القرحة الهضمية متعددة وشديدة ويمكن أن تحدث في مواقع غير معتادة من مثل الفمخ بعد البصلة أو لصائم أو المري. توجد استجابة رديئة لعلاج القرحة القياسي القصبة المرصية عادة قصيرة والشفاء والانتقبات شائعة قد تتظاهر مثلارمة كتقترح باكس شديد بنلو العملية القياسية للقرحة الهضمية. يشاهد لإسهال عند 1/3 المرضى أو أكثر ويمكن أن يكون المظهر المارر يجب أن يشك بالتشخيص عند كل مريض مع تقرح هضمي غير معتاد أو شديد خصوصاً إذا أظهرت وحية الماريوم طيات محاطية معدية حشنة.

## D. الاستقصاءات:

إن حرط إهرار الحمض تحت الظروف القاعدية مع زيادة قليلة تالية للاستعاساترين قد يشك بالرشف المعدي. المستويات المصلية للغاسترين تكون مرتفعة بشكل حسي (10-1000 صمغ). حقن هرمون السيكرتين بشكل طبيعي لا يسبب أي تبدل أو يسبب نقصاً طعيفاً في تراكيز الغاسترين الجوال ولكن في مثلارمة رولنجر إليسون يوجد زيادة مثيرة تناقصية في الغاسترين تعين موضع الورم أفضل ما ينجر بإيكو التطوير الساطي وباستخدام تعطيط ومضاد مستقبل السوماتوستاتين الموسوم شعاعياً

## E. التدبير:

تقريباً 30٪ من الأورام الصغيرة والوحيدة يمكن أن يعين موضعها وتساصل ولكن العديد من الأورام تكون متعددة لبؤر يتظاهر بعض المرضى بالداء النقيلي وتكون الحراحة غير ملائمة مشطاط مصعة لبروتون تجعل استئصال المعدة غير ضروري وعند عالسة المرضى فإن العلاج المستمر بالأومبيرازول يشك بالقرحات ويعصف لإسهال جرعات أكبر (60-80 ملغ يومياً) من تلك المسببدهم لعلاج القرحة المعوية تكون مطلوبة مشابه السوماتوستاتين الصغي. (الأوكتريويد) والذي يعطى حقناً تحت الجلد. ينقص إهرار الغاسترين ويكون أحياناً ذو قيمة. المقي الكلية لحمض سواب هي 60-75٪ ويجب أن يراف كل المرضى من أجل التطور اللاحق لتطاهرات

الأخرى لـ MEN1.

## الاضطرابات الوظيفية

## FUNCTIONAL DISORDERS

## I. عسر الهضم اللاقرحي NON-ULCER DYSPEPSIA:

وهذا يعرف بأنه عسر الهضم المزمن (آلم أو عدم ارتجاع أعلى البطن) بدون دليل على مرض عضوي بالاستقصاء (والذي يجب ان يشمل التنظير الباطني). الأعراض الأخرى المسجلة بشكل شائع تشمل الشبع المبكر والتجمة والنفخة والغثين. سجلت مجموعات فرعية (شبيهة بالقرحة) و (من نمط عسر الحركية) ولكن يوجد تداخل كبير فيما بينها وأيضاً مع متلازمة الأمعاء الهيوحة والتي قد تكون موجودة بشكل مرافق

## A. السبببات:

حالة عسر الهضم اللاقرحي من المحتمل ان تعطي طبعاً من الاضطرابات المعاطية والحركية والعسية

## B. المظاهر السريرية:

يكون المرضى شديداً عادة (> 10 سنة) وتكون إصابة النساء (من حيث الشيع) ضعف إصابة الرجال. يترافق آلم البطن مع مجموعة متنوعة من أعراض عسر الهضم الأخرى والأكثر شيوعاً هي الغثيان والنفخة بعد الوجبات. تكون الأعراض الصباحية مميزة وقد يحدث الآلم أو الغثيان عند الاستيقاظ. السؤال المباشر قد يظهر أعراض موحية بمتلازمة الأمعاء الهيوحة. يجب أن يؤخذ الداء القرحي الهضمي بالاعتبار بينما عند الأشخاص المسنين فإن الخباثة داخل البطن هي الهم الرئيسي.

ربما لا توجد علامات مشخصة باستثناء المضض غير الملائم بحس البطن. قد تدو الأعراض غير متناسقة مع الحالة السريرية الحسنة ولا يوجد نقص وزن. غالباً ما يبدو المرضى قلقين ومدهولين ومن الممكن أحياناً أن تكشف أعراض نفسية.

يجب أن تؤخذ القصة الدوائية واحتمالية المرض الاكتسابي بالاعتبار. يجب ان يستبعد الحمل عند النساء. الشائات قبل الحصول للدراسات الشعاعية. سوء استعمال الكحول يجب أن يشك به عندما يكون الغثيان والتجشؤ في الصباح الباكر هما المسيطران.

## C. الاستقصاءات:

توحي القصة غالباً بالتشخيص ولكن عند المسنين فإن التنظير الباطني ضروري لاستبعاد المرض المعاطي. بينما المسح بالإيكو قد يكشف حصيات صمراوية والتي نادراً ما تكون المسؤولة عن أعراض عسر الهضم.

## D. التدبير:

لعناصر الأهم هي الشرح وإعادة الطمأنينة. يجب أن نستكشف العوامل العسية المحتملة، وفكرة التأثيرات النفسية على لوظيفة المعوية يجب أن تشرح. حمية الاستعداد الدائي والحمية المضيدة ذات فائدة قليلة ولكن تحديد

الدهن قد يساعد



لمعالجته الدوائية عبر ناحية بشكل خاص ولكنها تستحق التحريص. مصادات الحموضة مصد حاسا الأدوية المضطحة لتحركية مثل الميتوكلوبراميد (10 ملغ كل 8 ساعات) أو الدومبيريدون (10-20 ملغ كل 8 ساعات) قد تعطى قبل الوجبات إذا كان الغثاس أو الأهاء أو النعجة هي السائدة. قد يحدث الميتوكلوبراميد تأثيرات جانبية خارج هرمية تشمل عسر الحركة الآجل عند الشباب. صادات المستقل H<sub>2</sub> قد تحرب إذا كان الألم الليلي أو اللدغ هو المرعج. حرة محففة من الأمريتئين تكون أحيانا ذات قيمة. يبقى دور استئصال الملوية البوابية مثار جدل على الرغم من أن قلة (حتى 20%) قد يستفيدون.

لأعراض التي يمكن أن تتراق مع سبب شده محدد (رواح أو طلاق وشيكس أو الصعوبات المالية والوظيفية مثلا) ترول بالمشورة الملائمة. بعض المرضى لديهم اضطرابات نفسية مزمنة كبيرة تقسب في أعراض مستمرة أو مترودة وتحتاج إلى علاج سلوكي وعلاج نفسي منهجي آخر.

## II. الأسباب الوظيفية للإقياء FUNCTIONAL CAUSES OF VOMITING:

الإقياء النفسي قد يحدث في عصاب القلق. يبدأ عادة عند الاستيقاظ أو مباشرة بعد المطور فقط بشكل نادر يحدث أواخر النهار.

من المحتمل أن يكون هذا الاضطراب ارتكاساً لمواجهة إزعاجات الحياة اليومية. عند الأطفال يمكن أن تكون ناجمة عن الخوف من المدرسة. قد يوجد تجشؤ لوحده أو إقياء لمقررات معدية أو طعام. على الرغم من أن الإقياء الوظيفي قد يحدث بشكل منتظم طوال فترات طويلة إلا أنه يوجد نقص وزن قليل ولا يوجد نقص وزن. يحدث الإقياء لصباحي الباكر في الحمل وفي سوء استعمال الكحول وفي الاكتئاب.

من الأساسي استبعاد الأسباب الأخرى الشائعة عند كل المرضى. الأدوية المهدئة ومصادات لإقياء (مثل ميتوكلوبراميد 10 ملغ كل 8 ساعات، دومبيريدون 10 ملغ كل 8 ساعات، بروكلوبرازين 5-10 ملغ كل 8 ساعات) تملك فقط مهمة ثانوية في التدبير. مصادات الاكتئاب بالجرعة الكاملة قد تكون فعالة.

## TUMOURS OF THE STOMACH

## أورام المعدة

### I. السرطان المعدي GASTRIC CARCINOMA:

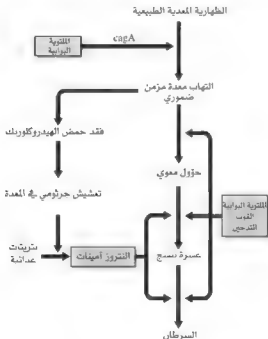
على الرغم من أن معدل حدوث السرطان المعدي في المملكة المتحدة انخفض بشكل ملحوظ في لسنوات الأخيرة فإنه يبقى السبب الأول المؤدي للوفاة الناجمة عن السرطان عبر العالم. يوجد اختلاف جغرافي ملحوظ في معدل الحدوث. إنه شائع للغاية في الصين واليابان وأجزاء من أمريكا الجنوبية (معدل الوفيات 30-40 لكل مئة ألف) وأقل شيوعاً في المملكة المتحدة (12-13 وفاة من كل مئة ألف) وغير شائع في الولايات المتحدة الأمريكية. الدراسات على المهاجرين اليابانيين إلى الولايات المتحدة الأمريكية أظهرت معدل حدوث أقل بكثير عند الحيل الثاني من المهاجرين مثبتاً أهمية العوامل البيئية. السرطان المعدي أكثر شيوعاً عند الرجال ومعدل الحدوث يرتفع بشكل حاد بعد عمر 50 سنة.

## A. السبب:

تترافق الملتوية البوابية مع التهاب المعدة المزمن الصموري ومع السرطان المعدى. (انظر الشكل 33). قد يكون سمج الملتوية البوابية مسؤولاً عن 60-70٪ من الحالات وإن اكتساب الحمض في سن مبكرة قد يكون مهماً على الرغم من أن غالبية الأشخاص المصابين بالملتوية البوابية لديهم استمرار حمضي طبيعي أو رائد فإن القلة يصبحون ناقصي أو عديمي حمض الهيدروكلوريك ويعتقد أن هؤلاء الناس هم على الحطوور الأكبر إن لالتهاب المزمن مع توليد أصناف الأوكسجين الارتكاسي ونسب حمض الأسكوربيك المصاد للأكسجة الواعر طبيعياً تكون مهمة أيضاً.

الأعدية العدية بالمنحبات والأطعمة المدخنة أو المحللة واستهلاك النتريتات أو النترات ترتبط مع حطوور سرطانة. مركبات النتروز أمين المولدة للسرطان تتشكل من النترات بواسطة فعل الحراثيم المرجعة لنتريت والتي تعشش في المعدة فأقده حمض الهيدروكلوريك الوحشات نافضة الماكهة الطارحة والخصرووات بالإصافة إلى فيتامين C و A قد تكون مساهمة أيضاً.

توجد عوامل حطوور أخرى مميزة تشمل التدخين والتناول المصرت للكحول وعدة عوامل أقل شيوعاً (انظر الجدول 35).



الجدول 35، العوامل المؤهبة للسرطان المعدي.	
• البسجين	• البوليبيات المعدة الغذائية.
• الكحول.	• قطع المعدة الحرثي السابق (< 20 سنة).
• الملثوية البوابية.	• داء منتريير.
• القوت.	• داء البوليبيات المعدي العائلي.
• التهاب المعدة المناعي الذاتي (فقر الدم الوبيل).	

لم يحدد شذوذ مورثي سائد على الرغم من ان خطر السرطان يزداد من ضعف إلى ثلاثة أضعاف عند أقرباء المرضى من لدرجة الأولى وسجلت علاقة للحالة مع الرمرة الدموية A. وصفت ايضا عائلات نادرة مصابة بالسرطان المعدي و لتي تحدث فيها سرطانات معدية منتشرة بالارتباط مع طفرات في مورثة E-cadherin وهذه تكون مورثة بسمية جسمية مسيطرة.

## B. الأمراضية:

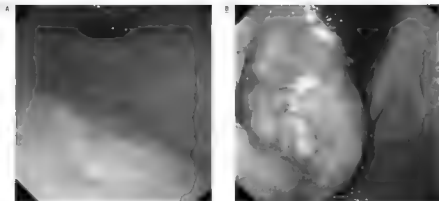
بالعمل تكون كل الأورام سرطانات عدية ناشئة من الخلايا المصرة للمحاط في قاعدة الخبايا المعدية. معظمها ينطور على أرضية التهاب معدة مزمن صموري مع حؤول معوي وعسرة تنسج. تكون السرطانات إما (معوية) تنشأ من مناطق حؤول معوي مع مظاهر سيجية تذكر بالطهارية المعوية أو تكون (منتشرة) تنشأ من المحاطية المعدية الطبيعية. السرطانات المعوية أكثر شيوعا وتنشأ على أرضية ادية مخاطية مرممة. السرطانات المنتشرة تعيل لأن تكون بيئة التمايز وتحدث عند المرضى الأصغر.

تحدث 50٪ من السرطانات المعدية في العار و 20-30٪ تنوضع في جسم المعدة وعالو على الانحاء الكبير. حوالي 20٪ تحدث في القواد ويمط الورم هذا يصبح أكثر شيوعا الارتشاح تحت المحاطية المنتشر من قبل سرطان الصندي (تصلب المعدة) عبر شائع بالمحصص العباس قد تصعب الأورام كولينية أو متفرحة أو هضرية أو منتشرة

السرطان المعدي الباكر يعرف بأنه السرطان المقتصر على المحاطية 'و نحت المحاطية بغض النظر عن إصابة لعقد اللمفية (نظر الشكل 74) غالبا ما يميز في اليابان حيث يمارس المسح واسع الانتشار أكثر من 80٪ من المرضى في الغرب يتظاهرون بسرطان معدة متقدم.

## C المظاهر السريرية:

السرطان المعدي الباكر عادة لا عرصى ولكن قد يكتشف أحيانا خلال التنظير لباطنى من أجل استقصاء عسر الهضم. ثلثا مرضى السرطانات المتقدمة لديهم نقص وزن و 50٪ لديهم ألم شبه القرحة يحدث القهم والغثيان عند الثلث نيبما يكون الشبع الباكر والإقياء الدموي والتعوط اللفتي وعسر الهضم لوحدها مظاهر أقل شيوعا. يحدث عسر ليلع في أورام فؤاد المعدة والتي تسد الوصل المعدي المريش. فقر الدم من المزف الخفي شائع أيضا.



الشكل 34. السرطان المعدي. A. مظهر التنظير الداخلي للسرطان الباكر يظهر قرحة محفصة مسجلة. B. سرطان متقدم يشاهد كقرحة عميقة مع حواف مدورة في المؤاد

قد لا يظهر المحص أي شذوذ ولكن علامات نقص الوريد أو هضر الدم أو الكتلة الشرسوفية المحسوسة ليست نادرة.

اليرقان أو الحبن قد تشير إلى الانتشار الانقشالي. أحياناً يحدث انتشار للورم إلى العقد اللمفية فوق الترقوة (علامة ترويسير Troisier) أو إلى السرة (عقيدة Sister Joseph) أو إلى المبيضين (ورم كروكبيرغ) الطاهرة مظهره الورمية مثل الشواك الأسود والتهاب الوريد الحثري (علامة Trounseau) والتهاب لجلد والعصلات تحدث بشكل نادر. تحدث المناقل بالشكل الأكثر شيوعاً في الكبد والرئتين والبريتوان وبقي العظم

#### D التشخيص وتحديد المرحلة:

لا توجد واسمات معبرية ذات دقة كافية من أجل تشخيص السرطان المعدي. التنظير الهضمي العلوي هو الاستقصاء المناسب ويجب أن يجري فوراً عند أي مريض عسر هضم مع مظاهره مبدرة لجرعات المعددة من حواف وقف عدة القرحة تكون مطلوبة والمحص الخلوي للمسحات بالمرشاة (تؤخذ بشكل عشوائي) تحسن من النتيجة للتشخيصية. وجة الباريوم هي مقارنة بديلة ولكن أي شذوذ يجب أن يتبع بالتنظير الباطني لأحد خزعة. حالما يتم التشخيص فإن التصوير لأصابعه يكون ضرورياً لتحديد المرحلة الذهبية وتقييم القابلية للاستئصال. الـ CT قد لا يظهر بوضوح العقد اللمفية الصغيرة المصاحبة ولكن سيظهر الدليل على الانتشار داخل البطن أو المناقل

الكبدية. حتى مع هذه التقنيات فإن تطوير المعطى مطلوب للكشف فيما إذا كان الورم قابلاً للاستئصال حيث أنه الطريقة الوحيدة التي ستكشف الانتشار البهيتواني.

## E. التدبير:

### 1. الجراحة:

الاستئصال يقدم الأمل الوحيد للشفاء والذي يمكن أن يجرى عند ٩٠٪ من مرضى السرطان المعدي الباكر بالنسبة لغالبية المرضى الذين لديهم مرض متقدم موضعياً فإن استئصال المعدة الحدي والدم مع استئصال لعدد المعوية هي العملية المفضلة مع المحافظة على الطحال إن أمكن. الأورام القريبة التي تشمل الوصل المريئي المعدي تتطلب استئصالاً مراحقاً للمري القاصي. الأورام الصغيرة المتوصلة بعيداً يمكن أن تدبر بقطع المعدة الجري مع قطع العدد المعوية واما بيليروث I أو إعادة البناء Roux-en-Y

الاستئصال الأوسع للعقد المعوية قد يريد معدلات البقاء ولكنها تحمل مراضة أكبر حتى بالنسبة لأولئك الذين لا يمكن أن يشفوا فإن الاستئصال المخطط قد يجرى بأمان مع مراضة منخفضة وقد يكون ضرورياً عندما يظهر المرضى بنرف أو بانسداد مخرج المعدة. ينكس بين ٨٠ و ٨٥٪ من الأورام خصوصاً إذا حدث الاختراق المصلي على الرغم من أن إزالة كل الأورام العيانية بالمشاركة مع استئصال العدد المعوية سيحقق بقاء لحسن سنوات ٥٠-٦٠٪ العلاج الكيماوي المساعد الجديد (المبي على ٥- فلورويوراسيل) قد يحسن معدلات البقاء. مع أن العلاج الشعاعي عقب العملية لا يملك أية قيمة.

### ٢. الأورام غير القابلة للاستئصال:

تدبير لسرطان المتقدم موضعياً وغير القابل للعمل الجراحي يكون غير مرضٍ. التلطيف الأحدث للأعز ص يمكن أن يجرى عند بعض المرضى بالعلاج الكيماوي باستخدام FAM (٥- فلورويوراسيل ودوكسوروبيس وميتوميسين C) أو ECF (إيمي روسين وسيس ثلاثين ٥- فلورويوراسيل). احتثات المسيج الورمي بالبير عدر التظير الباطني من حل السيطرة على عسر البلع أو الترف المتروك بعيد بعض المرضى. سرطانات المؤاد قد تتطلب توسيعاً بالتظير الباطني أو علاجاً بالليزر أو ادحال ستنت معدي قابل للتمدد ليسمح بالبلع الملائم.

## F. الإنذار:

بعيداً عن مرضى السرطان المعدي الباكر فإن الإبدار الكلى يبقى شيئاً حاداً سبب المرحلة المتقدمة عدر التظاهر مع أقل من ٢٠٪ يبقون لخمس سنوات. لذلك الأمل الأفضل من أجل تحسين البقاء يكمن في الكشف الأكبر للأورام في المرحلة المتأخرة معدل الحدوث المنخفض للسرطان المعدي في العديد من الأقطار العربية يجعل المسح التظيري الباطني وسع الانتشار غير عملي ولكن المراحة الملحة واستقصاء مرضى عسر الهضم حديث البدء وانعمار أكبر من ٥٥ أو وثلك الذين لديهم علامات منفردة تكون أساسية إذا ثبت أن الترفق المهم مع

المتنوية البوابية هو توافق سببي فهذا يقدم احتمالية التوقاية من السرطان المعدي بالاستئصال واسع الانتشار للجمع.

## II. اللمفوما المعدية GASTRIC LYMPHOMA:

تشكل اللمفوما المعدية البدئية أقل من 5٪ من كل الخبايا المعدية تكون معدة على كل حال الموقع الأكثر شيوعاً بالنسبة لللمفوما لاهودحكن حارج المعدة و 60٪ من اللمفوما الهضمية البدئية تحدث في هذا الموقع. السبب اللمفاوي لا يوجد في المعدة الطبيعية ولكن تتطور التكتلات اللمفاوية في وجود جمع المتنوية لبوابية. في مواقع يرتبط جمع المتنوية البوابية بشكل وثيق بتطور لمفوما منخفضة الدرجة (المالتوما)، قد تسمى المالتوما السطحية باستئصال المتنوية البوابية.

التظاهر السريري مشابه للسرطان المعدي وبالتنظير الباطني يبدو الورم كغوليب أو كتلة متقرحة بينما يتألف لعلاج البدئي للمالتوما منخفضة الدرجة من استئصال المتنوية البوابية والمراقبة الدقيقة للصيقة فإن اللمفومات عالية الدرجة تعالج بمجموعة العلاج الكيماوي والجراحة و/أو العلاج الشعاعي يعتمد لإندار على المرحلة عند لتشخيص. المظاهر «منبئة بإندار أفضل هي المرض في المرحلة I أو II والأورام الصغيرة القاسية للاستئصال تلك لمترافقة مع لمفوما منخفضة الدرجة نسيجيا والعمر تحت 60 سنة

## III. أورام المعدة الأخرى OTHER TUMOURS OF THE STOMACH:

تكشف أورام خلية السدى الهضمية GIST أحياناً بالتنظير الهضمي العلوي وهي سميعة وعادة لا عرضية ولكن قد تكون أحياناً مسؤولة عن عبوة الهضم ويمكن أيضاً أن تتقرح وتسبب برهاً هضمياً تحدث مجموعة متنوعة من البوليبيات، بوليبيات هرقط النسيج وبوليبيات العدد الكيسية القاعية شائعة وهي غير دت شأن لبوليبيات لغداية بادرة وهي قد تكون ما قبل سرطانية ويجب أن ترال بالتنظير الباطني

أحياناً تشاهد أورام الكارسينويثيد المعدية في الفاع والحسم عند مرضى فقر الدم اللبيل طويل الأمد، هذه الأورام السليمة تنشأ من الخلايا الشبيهة بالحمية للكروم المعوية ECL أو من خلايا عديه صمغوية أخرى وعالياً ما تكون متعددة وبادراً ما تكون عازية. بخلاف أورام الكارسينويثيد الناشئة في مكان آخر من السبيل الهضمي هي عادة تسلب سلوكاً حميداً وأفضل على كل حال فإن أورام الكارسينويثيد الكبيرة (> 2 سم) قد تتقل ويجب أن ترال بشكل بادر فإن المعيدات الصغيرة للتسج البكرياسي المعدي ذي الإفرار الخارجى المشد تكون موجودة. هذه (الأعراف السكرياسية) قد يحطأ بها على أساس أنها أورام معدية وهي لا تسب أعراضاً عادة، إيكو التنظير الباطني هو الاستقصاء الأكثر فائدة

## أمراض الأمعاء الدقيقة

### DISEASES OF THE SMALL INTESTINE

#### DISORDERS CAUSING MALABSORPTION

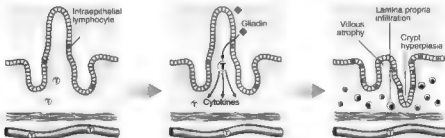
#### الاضطرابات المحدثّة لسوء الامتصاص

#### 1. الداء الزلاقي COELIAC DISEASE:

الداء الزلاقي هو اضطراب التهابي متواسط مناعياً يصيب الأمعاء الدقيقة ويحدث عند الأشخاص المستعدين جينياً للإصابة. يسبب هذا الداء سوء امتصاص ويستتبع للحمية الخالية من غلوتين (Gluten) تحدث هذه الحالة في أنحاء العالم ولكنها أكثر شيوعاً في شمال أوروبا. إن شيوع المرض في المملكة المتحدة هو 1/1000 في 1500/1 على كل حال فإن نحس الأدراك بالنسبة للتظاهرات غير المودحية ووجود اختبارات مصلية أفضل تقترح أن نسبة الشيع الحقيقية للمرض في شمال أوروبا قريبة من 1/300. تكون بعض الحالات غير مشخصة (حالات صمت) ومن المحتمل أيضاً وجود حالات عديدة من الداء الزلاقي الكامن. هؤلاء الناس اللاعرضيين والمستعدين جينياً للإصابة من الممكن أن يتطور لديهم الشكل السريري من الداء الزلاقي لاحقاً

#### 2. الأمراض:

إن الآلية الدقيقة للآلية المحدثّة بالداء الزلاقي غير واضحة ولكن الاستجابات المناعية للغلوتين تلعب دوراً أساسياً (انظر إلى الشكل 35). كما أنه من المحتمل أن تقوم عوامل محيطية غير محددة بدور المحرض في حدوث



المقاويات الثانية المعوية و لجزالة المتحسسة بطوتين

معبر غلوتين الشداء الطهارة ويتفاعل مع الخلايا البائية والتي تحور سيوكريب

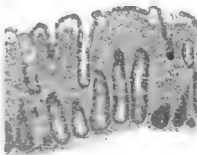
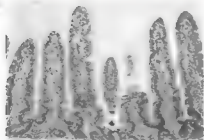
فعالية سيوكريب تسبب في  
• ضمور زغابي  
• قروح نضج في الحجاب  
• زيادة انحلال للمعدية صغر الطهارة  
• ارتكشاف الصمغة الخاصة





الحدول 37: أسباب مهمة للضمور الزغابي تحت التام.

- الداء الزلاقي.
- نقص غاما غلوبولين الدم.
- الإشعاع.
- داء ويل.
- متلازمة رولجر إيلسون.
- الذئب الاستوائي.
- التهاب الجلد حثلي الشكل.
- اللمفوما.
- اعتلال الأمعاء في الإيدز.
- داء الحيازديات.



الشكل 36: مخاطية الصائم A طبيعي B الصائم في الداء الزلاقي يبدى ضموراً زغابياً تحت تام وارتشاحاً التهابياً واضحاً

C. الاستقصاءات:

تحرى هذه الاستقصاءات لتأكيد التشخيص وللبحث عن نتائج سوء الامتصاص

1. خزعة الصائم أو العفج:

بعد حرقة الأمعاء الدقيقة عبر التنظير المعيار الذهبي. تكون المظاهر السليحية مميزة عادة ولكن أيضاً يجب أن يؤخذ في الاعتبار الأسباب الأخرى للضمور الزغابي. (انظر الحدول 37 والشكل 36)

2. الأضداد:

من الأضداد لمصلية المصادة للغليادين (خصوصاً IgA) والأضداد المصادة لعلائف الألياف العصلية تكون قلبية للكثف في معظم الحالات غير المعالجة. تكشف الأضداد IgA المصادة لعلائف الألياف العصلية بواسطة التآلق المناعي هذه الطريقة عبر كمه ولكنها أكثر حساسية (85-95%) وبوعه (تقريباً 99%) في التشخيص ما عدا في

حالة الرضع صغيري العمر جداً على كل حال يجب أن نعاير الأضداد IgG عند المرضى الذين لديهم عوز مرقق في IgA في المستقبل إلى معايير TIG يمكن أن يحل محل اختبارات دعوية أخرى حيث تكون أسهل في الإبحار نصف كمية وأكثر دقة عند مرضى عوز IgA تشكل هذه المحوص الصدية اختصاراً ماسحاً ذاً قيعة عند مرضى الاسهال ولكنها لا تشكل بديلاً عن حرة الأمعاء الدقيقة وهذه المحوص عادة ما تصبح عملية بالعلاج الساج.

### 3. المحوص الدموية والكيميائية الحيوية:

يمكن أن يظهر تعدد الدم الكامل فقر دم صغير الخلايا أو كبير الخلايا بسبب عوز الحديد أو حمض الفوليك كما يمكن أن يبدى مظاهر نقص نشاط الطحال (خلايا دهنية وكريات حمر كروية وأحسام هاول حولي) قد تشير المحوص الكيميائية الحيوية إلى وجود تراكيز منخفضة من الكالسيوم أو المغنيزيوم أو البروتين الكلي أو الألبومين أو هيتامين د.

### 4. الاستقصاءات الأخرى:

تكون هذه الاستقصاءات عادة غير ضرورية شعاعياً قد تظهر صور متابعة الباريوم عرى معوية متوسعة وثابتة ضامرة وأحياناً تندهاً للعادة لظليلة، تكون اختبارات السكر لتحري النعدوية المعوية غير طبيعية وعادة توجد درجة معتدلة من سوء امتصاص الدسم. يجب أن يحري للمرضى المشعشين حديثاً قياس قاعدي للكثافة العظمية بواسطة DEXA Scan للبحث عن دليل على وجود مرض عظمي استقلابي.

### D. التدبير:

تكم الأهداف في تصحيح العوز الموجود من الحديد والفولات والكالسيوم وهيتامين د والبدء بحمية حالية من الفلوتين طيبة العمر. ويتطلب ذلك استبعاد القمح والحداد والشعير ومبدئياً الشوهاى على الرغم من أنه يمكن إعادة إدخال الشوهاى بأمان عند معظم المرضى بعد كل من الرز والدرة والبطاطا مصادر مقبولة للكربوهيدرات المعقدة.

مبدئياً حين تكرر الاستشارة العدائية مطلوبة للتأكد من أن الحمية مراقبة حيث أن أكثر أسباب الفشل في التحسن على الحمية هو تناول الفلوتين بشكل عارض أو بشكل غير معبر (اطعمة لا يعرف المريض أنها حوي علوتين)، تعطى معيصات المعادن والعينامين عندما يستطب ذلك ولكنها نادراً ما تكون مطلوبة عندما يتم الالتزام الصارم بالحمية الحالية من الفلوتين إن الكراسات المنتجة من قبل الجمعيات التي نهتم بالداء اللاقي في العديد من البلدان تحتوي على صمحات عن الحمية وطريقة التخصر من أجل استخدام الطحين الحالي من الفلوتين وهذه لكراسات ددت أهمية كبيرة إن المراقبة المنتظمة للأعراض والوزن والنعدة تعد من الأمور الأساسية. من المحتمل لا يحتاج المرضى الذين حدث لديهم استجابة سريعة معتارة مع اختفاء الأضداد المصدرة لعلاف الألياف العصبية من الدوران إلى إعادة الخزعات الصائمية والتي يجب أن يحتفظ بإعدادتها للمرضى الذين لم يبدوا تحسناً سريرياً أو أولئك الذين لا تزال لديهم إيجابية الأضداد مستمرة. ومن النادر أن يكون المرضى معندين بحاجة إلى علاج باستيروئيدات القشرية أو الأدوية المثبطة للمناعة لإحداث الهجوع. يجب أن تقيم المطاوعة

للحمية الغذائية عند المرضى الذين يشعرون في الحصول على استجابة ولكن إذا كانت حميتهم مقبولة فإنه يجب البحث عن حالات أخرى كالفصير البنكرياسي أو التهاب الكولون المعوي أو البحث عن احتلالات الداء اللاقي التهاب الصائم القرصي أو اللعوم النائية المرافقة للاعتلال المعوي.

## E. الإنذار والاختلالات:

توجد خطورة رائدة للخضنة خصوصاً لمعظم الحلاب النائية المرافقة للاعتلال المعوي وسرطان الأمعاء الدقيقة و لسرطان الشاكة المعوي، عدد قليل من المرضى يحدث لديهم التهاب صائم ودقاق قرصي يتميز بقرحات عميقة في الصائم مع سوء امتصاص ومن الممكن أن يتبع حدوث ترفع حروري أو ألم أو اسهال أو انثقاب من لسان أو يتم التشخيص بواسطة دراسات الساريوم أو التطوير المعوي وإن فتح البطن مع إجراء جرعة كاملة الشحابة بعد ضرورياً. العلاج صعب وتستخدم الستيروئيدات سحاح متماوت ويحتاج بعض المرضى إلى قطع جراحي وتعدية وريدية، غالباً ما يكون السير مترقياً دون هوادة.

مرض العظم الاستقلابي شائع مع طول فترة المرض وعند المرضى الذين لديهم داء لاقى مع سيطرة ضعيفة على المرض وبعد مصدراً معتبراً للمراضة هذه الاختلالات أقل شيوعاً عند المرضى الذين يتقيدون بشكل صارم بالحمية الخالية من الجلوتين

## II. التهاب الجلد حلقي الشكل DERMATITIS HERPETIFORMIS:

يتميز بوجود مجموعات من بثورات حاككة شدة على السطوح الباسطة للأطراف والظهر يظهر الومضان المائي توضعات IgA بشكل حلقي أو حبيبي على الوصل البشري الأدمي. تقريباً كل المرضى لديهم صمور زعابي حشري بعرة الصائم. حتى وإن كانوا عادة لا يعانون من أعراض هضمية. وبالمقابل فإن أقل من 10٪ من مرضى الداء اللاقي لديهم التهاب جلد حلقي الشكل على الرغم من أن كلا الاضطرابين يتوافقان مع نفس مجموعات مستند لتوافق السيجي يستحب الطمع عادة للحمية الحائية من الجلوتين ولكن يحتاج بعض المرضى إلى علاج بالدايسون 100-150 ملغ في اليوم.

## III. الذرب الاستوائي TROPICAL SPRUE:

يعرف الذرب الاستوائي على أنه سوء امتصاص مزمن مترقي عند مرضى موحودين أو قدمين من مناطق الاستوائية مترافق مع اضطرابات في سية ووظيفة الأمعاء الدقيقة.

## A. السببيات:

يحدث المرض بشكل رئيسي في الهند الغربية وفي آسيا بما فيها الهند الجنوبية والبرازيل وأندونيسيا، النمط البواني والحائنت، لمي تحدث بين الفينة والأخرى تقتصر تورط عامل إثنائي أو عوامل إثنائية. على الرغم من عدم عزل بكتريا وحيدة فإنه عالياً ما يبدأ الحالة بعد مرض إسهالي حاد كثيراً ما يشاهد فرط نمو خرومي في الأمعاء الدقيقة بالإشريشيا الكولونية والإستروباكتري والكلستريلا.

**B. الأمراض:**

تشبه التبدلات كثيراً تلك المشاهدة في الداء الرلاقي، الصمور الرغابي الحرشي أكثر شيوعاً من لصمور الرغابي تحت التام (subtotal).

**C. المظاهر السريرية:**

يوجد إسهال وانتعاج بطن وقهم وتعب ونقص وزن. عند زوار المناطق الاستوائية فإن بدء إسهال شديد قد يكون مفاجئاً ومترقاً بترفع حروري. عندما يصبح المرض مزمناً تصبح مظاهر فقر الدم الأرومي المعرطل بسبب عوز حمص الفوليك وعوز المواد الأخرى هي المظاهر المسيطرة. يمكن أن يحدث هجوع ونكس متكرر (أي هجوع ثم نكس ثم هجوع ثم نكس وهكذا). يمكن أن توجد وئمة والتهاب لسان والتهاب فم. عند السكان القاطنين في المناطق الاستوائية فإن السبب الانساني للإسهال يدخل في التشخيص التفريقي. أما التشخيص التفريقي المهم لدى زوار المناطق الاستوائية فهو داء الجيارديات.

**D. العلاج:**

تترسكلين 250 ملغ كل 6 ساعات لمدة 28 يوم بعد العلاج المختار (Drug of Choice) ويؤدي إلى هجوع طويل الأمد أو إلى شفاء. في معظم المرضى فإن إعطاء جرعات دوائية من حمض الفوليك 5 ملغ يومياً تؤدي إلى تحسن في الأعراض وفي مورفولوجية الصائم. في بعض الحالات يجب أن يكون العلاج مطولاً قبل حدوث تحسن وأحياناً يجب على المرضى معاداة المناطق الاستوائية.

**IV. فرط النمو الجرثومي في الأمعاء الدقيقة (متلازمة العروة العمياء):****SMALL BOWEL BACTERIAL OVERGROWTH (BLIND LOOP SYNDROME):**

يحتوي لمعج والصائم في الحالة الطبيعية على أقل من  $10^4$  / مل من العصويات التي تأتي عادة من اللعاب وبن تعداد الأشكال الكولونية من العصويات لا يتجاوز أمداً  $10^4$  / مل في فرط النمو الجرثومي يمكن أن يوجد  $10^{10}$  -  $10^{11}$  / مل من العصوبات وهي عبارة عن جراثيم توجد بشكل طبيعي فقط في الكولون إن الاضطرابات التي تضعف الآليات المبيولوجية الطبيعية المسيطرة على النكاث الجرثومي في الأمعاء تؤهب لمرط النمو لجرثومي (انظر الجدول 38) الأكثر أهمية من بين هذه الاضطرابات هو فقد الحموضة المعدية وضعف حركية الأمعاء والاضطرابات السيوية التي تسمح للجراثيم الكولونية بالعبور إلى الأمعاء الدقيقة أو تؤمن للجراثيم ملاذاً بعيداً عن تيار الحركات الحوية.

**A. المظاهر السريرية:**

يتظاهر المريض بإسهال مائي و/أو إسهال دهني مع فقر دم بعوز فيتامين B<sub>12</sub> ويحدث ذلك بسبب سرعة فتران الحموص الصفراوية والذي يضعف شكل المبدلات Micelle. وسبب استخدام المكثبات لفيتامين B<sub>12</sub>، كما يمكن أن توجد أيضاً أعراض السبب المعوي الأساسي.

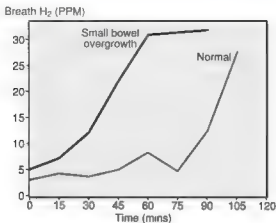
الحدوث 38. أسباب فرط النمو الجرثومي في الأمعاء الدقيقة	
الآلية	أمثلة
فقد حمض الهيدروكلوريك	فقر الدم الواسع استئصال المعدة الحرة العلاج طويل الأمد بمثبطات مضخة البروتون
ضعف حركية الأمعاء:	صلابة الجلد. اعتلال الأعصاب الذاتية السكري. الاتسداد الموي الكاذب المزمن
اضطرابات بنوية	حراجه معدية (عروة عمياء بعد عملية بيلروث II) داء التروج الصائمية. النواسير المعوية الكولونية (مثال: داء كرون). استئصال الأمعاء الدقيقة الشديد. التصاقات (مثال داء كرون).
ضعف الوظيفة المناعية:	نقص عام غلوبولين الدم.

## B. الاستقصاءات:

يكون تركيز فيتامين B12 منخفضاً فيهما تكون مستويات حمض الفوليك طبيعية أو مرتفعة بسبب الإنتاج الجرثومي لحمض الفوليك. إن دراسة متابعة الباريوم أو برخصة الأمعاء الدقيقة يمكن أن تشير إلى وجود عروة عمياء أو نواسير تستبعد حرعات العفج عبر التطوير وجود مرض في المخاطية مثل داء الالتهابي. تؤخذ خلال التطوير رشافة من محتويات الصائم وذلك للمعص الجرثومي. يتطلب التحليل المجهرى تقنيات زراعة على أوساط هوائية ولاهوائية. غالباً ما يتم التشخيص بطريقة غير عادية باستخدام اختصار هيدروجين العلوكوز في النفس أو استخدام اختبار حمض عليكوكوليك الموسوم بالكربون المشع  $^{14}C$  في النفس في هذه الاختبارات تعابر عينة النفس بشكل متعاقب بعد تناول المصوي لمادة الاختبار. تسبب الميكروبات الموجودة في الأمعاء الدقيقة ارتجاعاً ساكراً في هيدروجين النفس. لاحظ عن العلوكوز (انظر الشكل 37) أو  $^{14}C$  الناجم عن عليكوكولات -  $^{14}C$

## C. التدبير:

يجب أن يتم التوجه لعلاج المسبب المؤدي لحدوث فرط النمو الجرثومي في الأمعاء الدقيقة. إن إعطاء تتراسكلين 250 منع كل 6 ساعات لمدة 7 أيام هو العلاج المفضل على الرغم من أن 50٪ من المرضى لا يستجيبون بشكل ملائم. بعد كل من المبروبيداول 400 منع كل 8 ساعات أو السيبروهلوكساسين 250 منع كل 12 ساعة كبداية. يحتاج بعض المرضى إلى 4 أسابيع من العلاج وفي عدد قليل منهم فإن استمرار إعطاء المضاد متعاقبة من الصادات يكون ضرورياً. إن تعويض فيتامين B12 عصبياً يحتاج له في الحالات المزمنة.



الشكل 37: الارتفاع المبكر في هيدروجين المص في فرط النمو الجرثومي للأمعاء الدقيقة تحلل عبات لبعض بعد تناول لعلوكور تحرر الجرثيم الهيدروجين في الأمعاء الدقيقة عندما يتم هضم اللؤلوكور.

D. بعض الأسباب النوعية لفرط النمو الجرثومي: (انظر الجدول 38).

#### 1. رتوج الصائم:

تشاهد أحياناً عند بعض المرضى ذوي الأعمار الأكبر من 50 سنة وذلك بدراسة متابعة الباريوم. تكون الترتوج عادة لا عرضية ولكنها تؤهب لفرط النمو الجرثومي وسوء الامتصاص وبشكل بادر يمكن أن تسبب لاحقاً نزهاً هضمياً حاداً أو مزماً أو انسداداً أو انتقائياً.

#### 2. الإسهال السكري:

يحم هذا الإسهال عن اعتلال الأعصاب الذاتية السكري والذي يقلل من حركية الأمعاء الدقيقة ويؤثر على إفراز الخلايا المعوية عند بعض المرضى السكريين فإن القصور البنكرياسي المرافق أو الداء الرلاقي قد يكون هو المسؤول عن حدوث الإسهال. يكون الإسهال مائياً ويمكن أن يكون مستمراً أو متقطعاً بنوب من الإمساك وعادة ما يسوء ليلاً وكثيراً ما يترافق بعدم استمساك برازي ومن الممكن أن يكون معدياً على الأدوية المصادة للإسهال. يمكن أن يكون العلاج بالمصادات مفيداً لكن عادة يحتاج للأدوية المصادة للإسهال (داي فينوكسيلات 5 ملع كل 8 ساعات، فموياً أو لونيراميد 2 ملع كل 4-6 ساعات فموياً) أو الأفيونات من الممكن أن يكون الكلونيدين (مبته مستقبلات  $\alpha_2$  الأدريرجحة) 50-100 ميكروغرام كل 8 ساعات أو الأوكتريوئيد (مشابه للسوماتوستاتين) مفيدتين عند بعض المرضى.

## 3. الصلابة الجهارية المتراكمة (صلابة الجلد):

وهي تكون الطبقات العضلية المعوية الطولانية والعرضية متليمة وتكون الحركية غير طبيعية ويكون سوء الامتصاص الناتج عن حرط النمو الحرثومي شائعاً أيضاً يمكن أن يكون لدى المريض مظاهر الاسداد المعوي الكاذب المزمن.

## 4. نقص شاماً غلوبولين الدم:

يتميز هذا الاضطراب البادر بانخفاض واضح أو غياب لـ IgA و IgM في البلازما والمفرزات لصادمية يكون لاسهال المرمز وسوء الامتصاص والانتانات المتفصية شائعة. يكون الاسهال ناعماً عن حرط المعو الجرثومي والانتانات الهضمية المتكررة (خصوصاً الحيارديات) يتم التشخيص بقياس الغلوبولينات المسدعة المصلية وبواسطة لخرعة لمعوية والتي تبدي انخفاضاً في عدد الخلايا اللازمة أو عيائها وعقيدات من أسجة لمعوية (حرط تسج لمضوي عقيدي) يكون لدى بعض المرضى المظاهر البسيحية للداء الرلاقي. يتضمن العلاج السيطرة على الحياردي وعند الضرورة تنويصاً منتظماً للغلوبولينات المانعة عن طريق الحقن

## V. داء ويبيل Whipple's Disease:

تتميز هذه الحالة النادرة بارتشاح مخاطية الأمعاء الدقيقة بالنالعات الرعوية والتي تكون ايجابية عند ثلويها كاشف حمض شيف الدوري (PAS). هو مرض متعدد الأجهزة وتقريراً يمكن لأي عضو أن يكون متأثراً به وأحياناً لفترة طويلة قبل أن نصح الإصابة الهضمية واصعة (انظر الجدول 39). يظهر المحهر الإلكتروني وجود عصيدات صغيرة ايجابية العرم (tropheryma whippelli) ضمن النالعات. تكون الرعايات منتعة ومسطحة ويحدث تجمع كثيف للنالعات في الصفيحة الخاصة وهذا يمكن أن يفيق التصريف اللعاقوي مسبباً سوء امتصاص الدهون

## الجدول 39: المظاهر السريرية لداء ويبيل.

الهضمية
• اسهال سهل دهني نقص وزن. امتداد بطي. اعتلال معوي مهدد للحياة حتى معامه كبدية طحالته (> ٩٪)
العصلية الهيكلية
• اعتلال مفصلي للمفاصل الكبيرة سلسي المصل التهاب المفاصل المعوي الحرفي
القلبية
• التهاب تامور (10٪) التهاب العصلة القلبية التهاب الشعاف التهاب شرايين لاكلية
العصبية:
• حمول، بوب، آف، عته، زرع عصلي التهاب سحبا، مات في الأعصاب القحمية
الرئوية
• سعال مزمن، التهاب جنب، ارتشاحات رئوية.
الدمية
• فقر الدم، اعتلال العدد اللعاقوي
أخرى
• ترجع حروري تصبغ

## A. المظاهر السريرية:

إن الرجال في متوسط العمر هم الأكثر عرضة للإصابة وتعتمد التظاهرات على العضو المصاب. وجود نرفج روري حفيف هو أمر شائع ومعظم المرضى يكون لديهم أعراض مفصلية بدرجة ما. أحياناً يمكن أن تسيطر التظاهرات العصبية.

## B. التدبير:

عالباً ما يكون داء ويل مميئاً إذا لم يعالج إلا أنه يستجيب بشكل جيد على الأقل مبدئياً على البسليين أو التتراسكليس أو السلفوناميدات. تروال الأعراض في غضون أسبوع والتبدلات المشاهدة بالحرعة تعود للطبيعي في غضون عدة أسابيع المتابعة طويلة الأمد أساسية حيث يحدث الكس عند حوالي ثلث المرضى وهذا يحدث غالباً ضمن الجهاز العصبي المركزي وفي هذه الحالة فإنه من الضروري إعطاء البسليين حقناً و لمشاركة بين السلفاميثا كسارول والتريميثوبريم حقناً لمدة أسبوعين تتبع بإعطاء سلفاميثا كسارول-تريميثوبريم فموي لمدة 6-12 شهراً.

## VI. قطع الأمعاء: INTESTINAL RESECTION:

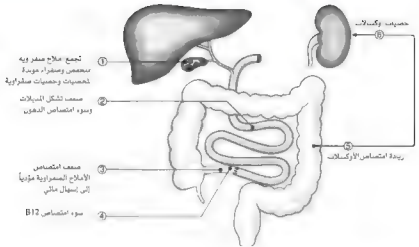
يعتمد لتأثير طويل الأمد لقطع الأمعاء الدقيقة على موقع وحجم القسم المتأصل من الأمعاء وتتروح من تأثيرات تافهة إلى تأثيرات مهددة للحياة.

## 1. قطع الغضائفي:

يحدث ذلك عادة في سياق الحرجة التي تحرق لداء كرون. يتطور سوء امتصاص الفيتامين B<sub>12</sub> والأملاح الصفراوية (انظر لشكل 38). تعبر الأملاح الصفراوية عبر المنصبة إلى الكولون مسهة بهراز ماء والشوارد ومتسببة في حدوث الاسهال. إذا لم يستطع الاصطناع الكندي للأملاح الصفراوية أن يوازي ما يفقد في الهراز عندها يحدث سوء امتصاص الدهون. يحدث كنتيجة أخرى لشكل صفراء مكونة للحصيات مما يؤدي إلى حدوث حصيات صفراوية. كما تتطور حصيات كلوية عنبة بالأوكسالات. شكل طبيعي ترتبط الأوكسالات في الكولون وتترسب بواسطة الكالسيوم. بشكل مفصل ترتبط الأملاح الصفراوية عبر المنصبة بالكالسيوم تركبة الأوكسالات حرة حيث تمتص مع تطور لاحق للحصيات البولية الأوكسالية

عند المرضى الذين لديهم اسهال مائي الحاحي أو اسهال دهني حفيف تشكل دراسات الأمعاء الدقيقة بالتناين واختبارات امتصاص B<sub>12</sub> والحموض الصفراوية استقصاءات مفيدة بعد تعويض فيتامين B<sub>12</sub> حقناً أمراً ضرورياً. عادة يستجيب الإسهال بشكل جيد على مركب الكولسترامين وهو عبارة عن داتج يربط الأملاح الصفراوية في لمعة الأمعاء. يمكن أيضاً لهيدروكسيد الألمنيوم أن يقوم بهذا الفعل عند المرضى غير لقادرين على تحمل الكولسترامين.





الشكل 38، نتائج قطع اللفافى

## 2. القطع الكبير (متلازمة الأمعاء القصيرة):

تعرف متلازمة الأمعاء القصيرة بأنها سوء امتصاص ناجم عن قطع واسع للأمعاء الدقيقة، تحدد شدة متلازمة عو،مل عديدة تشعل موقع وامتداد القطع ووجود مرض أساسي في القسم المتبقى من الأمعاء ووجود لصمام اللفافى الأعوري وقدرة الأمعاء المتبقية على التكيف (التلاؤم).

## A. المسببات والإمراضية:

لهذه المتلازمة أسباب عديدة (انظر الجدول 40) ولكن عند البالغين فإنها تنتج عادة من الجراحة لواسعة المجرة لداء كرون أو الاحتشاء المساريقي. إن صياغ منطقة من سطح الأمعاء مسؤولة عن الهضم والامتصاص بشكل مفتاح لمشكلة، تتعر هذه العمليات عادة ضمن الـ 100 سم الأولى من الصائم وتكون التعدية المعوية ممكنة عادة إذا بقي هذا القسم من الأمعاء الدفينة، يعتص المسم القريب من الأمعاء الدقيقة بشكل طبيعي حوالي 8-9 ليتر من السائل الذي يصلها يومياً والمرصى الذين لديهم فقر صائمي عالى هم على حطر كبير في حدوث نقص حجم الدم وتحدف وصباغ شاردى، إن وجود قسم من الكولون أو كل الكولون من الممكن أن يحسن هذا الصباغ بشكل ملحوظ وذلك عبر زيادة امتصاص الماء. يحسن وجود صمام لمائى أعوري سليم الصورة السريرية وذلك بإبطاء العمل عبر الأمعاء الدفينة وتقليل فرط النمو الحرثومى، تعصع معاطبة الأمعاء الدفينة المتبقية (للتكيف) وفقاً له فإن فرط تنسج المخاطية طوال شهور أو سنوات يزيد مساحة المنطح المعال للامتصاص.

الجدول 40. سبببات متلازمة الأمعاء القصيرة.	
الأطفال	• شوهات ولادية (مثل: عتال المعى المتوسط الربو)
البالغين	• التهاب الأمعاء والكولون المعزى
• داء كرون.	• التهاب الأمعاء الشعاعي.
• الاحتشاء المساريقي.	• الانتفاخ المعوي.

### B. المظاهر السريرية:

يكون لدى المرضى المتأثرين بشدة ضيق حجوم كبيرة جداً من المسائل عبر المعر الصائمي أو إذا كان الكولون محافظاً عليه فإنه يحدث لديهم اسهال أو إسهال دهني. يكون التعاف وعلامات نقص حجم الدم شائعة وكذلك نقص الوزن ونقص الكتلة العضلية وسوء التغذية يبقى لدى بعض المرضى توارس سوائل مفيول ولكنه قليل (غير مستقر) وذلك حتى يحدث مرض بسيط إصالي أو يحدث اضطراب معوي عندها يمكن هؤلاء المرضى وبسهولة أن يصابوا بالتجفاف.

### C. التدبير:

تبدأ التغذية الوريدية الكاملة TPN في الفترة التالية للعملية مباشرة يعطى العلاج بمشيط مصححة البروتين لانقاص الإفرازات المعية يتم إدخال التغذية المعوية بحدود ذلك بعد 1-2 أسبوع تحت مراقبة دقيقة ويتم رباتها ببطء حسب التحمل.

#### مبادئ التدبير طويل الأمد:

- تقييم مفصل للتغذية بفترات منتظمة.
- مراقبة توارس السوائل والشوارد. يمكن أن يعلم المرضى عادة كيفية انجاز ذلك بأنفسهم إن المستنصر الحاضر والمتوفر من محلول إعادة الاماهة المعوي يكون مفيداً في المرض العارض.
- مدحول حروري وبروتيني ملائم. الدهون مصدر طاقة جيد ويجب أن تؤخذ كلفا تم تحملها عالياً ما يعطى في اليد مقيصات ثلاثيات الفليسريد متوسطة السلسلة لأنها الأسهل امتصاصاً.
- تعويض B12 وانكالمسيوم وفيتامين D والمغنيسيوم والزنك وحمض الفوليك.
- العوازل المضادة للإسهال مثل لوسيراميد 2-4 ملغ كل 6 ساعات أو كودئين فوسفات 30 ملغ كل 4-6 ساعات.

لا يستطيع بعض المرضى الحفاظ على توازن سوائل ابجاس. يقلل الأكتريويد (50-200 مكع كس 8-12 ساعة حقناً تحت الجلد) الاضرار الهضمية ويكون مفيداً عند هؤلاء الأشخاص. رغم هذه الاجراءات، يحتاج بعض المرضى إلى تغذية وريدية كاملة منزلية طويلة الأمد من أجل البقاء وهذا يدور بالشكل الأفضل في مراكز متخصصة. إن زراعة الأمعاء الدقيقة هي خيار عند بعض المرضى ولكن الرغص وداء رفض الطعم للمضيف Graft Versus Host (داء الطعم ضد المضيف) تشكل عقبات مهمة يسمى التغلب عليها

## VII. التهاب الأمعاء الشعاعي والتهاب الكولون والمستقيم الشعاعي:

### RADIATION ENTERITIS AND PROCTOCOLITIS:

تحدث اذبة معوية عند 10-15٪ من المرضى الذين يخضعون لعلاج شعاعي من أجل جباثات بطيئة أو حوضية. تختلف الخطورة حسب الجرعة الكلية وبرنامج الجرعات واستخدام علاج كيميائي مرافق.

#### A. الأمراض:

يكون تواتر الإصابة أكثر ما يكون في المستقيم والكولون السيني واللغامي النهائي بسبب الإشعاع التهاباً حاداً وقصراً في الرغابات ووذمة وتشكل حراجات الخبايا عادة يشفى بشكل تام ولكن يتطور عند بعض المرضى لتهاب بطانة الشريان الساد والذي يصيب بطانة شريانات الطبقة تحت المخاطية وذلك بعد 2-12 شهر. يحدث تكاثر مولدت الليف تليماً إقفارياً مترقياً خلال سنوات ويمكن أن يؤدي إلى التصاقات أو تقرح أو تصبقات أو انسداد أو ناسور للأعضاء المجاورة.

#### B. المظاهر السريرية:

يوجد في المرحلة الحادة عثيان، اقياء، ألم بطني ماعص، اسهال عندما يكون المستقيم والكولون مشتملين بالإصابة يحدث محاط مستقيمي وسرف ورحير. يتطور الطور المزمن بعد 5-10 سنوات عند بعض المرضى ويتسبب في حدوث واحد أو أكثر من المشاكل المذكورة في (الجدول 41)



#### الجدول 41: الاختلالات المزمنة للتشعيع المعوي.

- التهاب مستقيم وكولون.
- ثرف من توسع الأوعية الشعرية.
- تصبقات الأمعاء الدقيقة.
- نواسير مستقيمية مهلبة، كولونية مثابة، معوية كولونية.
- التصاقات
- سوء امتصاص فرط نمو حرثومي سوء امتصاص الأملاح الصمغائية (اذية الغلبي)

## C. الاستقصاءات:

في المرحلة الحادة تشبه التبدلات المستقيمية المشاهدة بتطير السين تلك المشاهدة في التهاب المستقيم القرخي (نظر لشكل (5)) يحدد امتداد الآفة بواسطة تطير الكولون. إن فحص متاعه الباريوم يظهر تصبغات الأمعاء الدقيقة والقرحات والنواسير.

## D. التدبير:

يعالج الاسهال في المرحلة الحادة بموسسات الكودئين أو الداى هيدوكسيلات أو اللوبراميد بالجرعة القياسية. تساعد الرخصات الستيروئيدية الموضعية في حالة التهاب المستقيم ويمكن أن يحتاج للصادات من أجل حرط الممو الجرثومي. عند وجود سوء امتصاص يكون المعينات الغذائية ضرورية بعيد الكولسترامين (4 ع كصميجة واحدة Single Sachet) من أجل سوء امتصاص الأملاح الصمراوية العلاج المحثر للبلارما بالبرز أو الأزعون بواسطة التطير يمكن أن يقلل من النزف من التهاب المستقيم يجب تجنب الحرارة إن أمكن لأنه من الصعب قطع ومفاعة الأمعاء المتأدية ولكنها قد تكون ضرورية من أجل الاسداد أو الانقباض أو النواسير

## VIII. هضد بيتا ليبوبروتين الدم ABETALIPOPROTEINAEMIA:

هذا الاضطراب النادر الوراثي المتقل بصمة جسمية متعينة ينتج عن عور في أوبوليوبروتين-β وهشل لاحق في تشكيل الدقائق الكيلوسية. يؤدي إلى سوء امتصاص الدهون وعور في السيتيمييات الدوابة بالدم. تظهر خزعة لسانم حلالي مموية منتمجة بثلاثيات الفليسيريدي المعاد تركيبها وشكلاً طبيعياً للرعانات. تكون المستويات لمصلية للكولسترول وثلاثيات الفليسيريدي منخفضة. يحدث عدد من الشذوذات الأخرى في هذه المتلازمة وهي تشمل ثلاثيات الفليسيريدي التهاب الشبكية الصباغي واضطراباً عصيياً مترقياً مع علامات محيطية وعلامات العمود الظهرى. يمكن أن تتحسن الأعراض بالحمية منخفضة الدهون والمعيضة لثلاثيات الفليسيريدي دت السلسلة المتوسطة وفيثامينات K-E-D-A.

## فضايا عند كبار السن:

## سوء الامتصاص

• ينطبق ما يلي على الداء الزلاقي في الأعمار المتقدمة

يعمل لأن يبطأ ب أعراض مهمة كمس الهضم أو عوز المولات أو التحديد المعرول ببطأ بشكل تقليدي فقط في 25٪ من الحالات وذلك بإسهال ونقص وزن. إن تحلل العظم ونس العظام الشديدين و النزف الناجم عن نقص بروتين الدم يكون أكثر شيوعاً مما هي عليه عند الشباب.

تكون لموما الأمعاء لدقيقة أكثر شيوعاً عندما ينطور الداء الزلاقي في الكهولة

• إن حرط الممو لجرثومي للأمعاء الدقيقة أكثر انتشاراً عند كبار منه عند الصغار بسبب التهاب المعدة الصموري المسبب لنقص أو عاب حمض الهيدروكلوريك يصبح أكثر انتشاراً مع التقدم بالعمر. الروتوج الصائميه منتشرة عند العمر المتقدم.

البثورات طويلة الأمد للجراحة المعدة الحارة للمرض القرخي تشاهد الآن عند الناس الأكبر سناً

## MOTILITY DISORDERS

## اضطرابات الحركية

## 1. الانسداد المعوي الكاذب المزمن :CHRONIC INTESTINAL PSEUDO-OBSTRUCTION:

تضطرب حركية الأمعاء الدقيقة في الحالات التي تؤثر على العضلات الملس أو أعصاب الأمعاء. يكون العديد من الحالات بدئياً (مجهول السبب) بينما حالات أخرى تكون ثانوية لمجموعة من الاضطرابات أو الادوية ( ينظر الجدول 42).

## A. المظاهر السريرية:

توجد بوب متكررة من العثيان والاقياء وعدم الارتياح البطني والانتفاخ تسوء عالياً بعد الطعام يحدث تشوُّب في الإسهال والامساك ويحدث نقص وزن بسبب سوء الامتصاص (الساحم عن هبوط نمو الجرثومي) وبسبب الخوف من تناول الطعام يمكن ان توجد ايضاً أعراض عسر حركية تؤثر على أجزاء أخرى من لسيل الهضمي مثل عسر البلع وفي الحالات البدينية مظاهر سوء وظيفة المثانة. يكون لدى بعض المرضى ألم بطني عامص ولكنه شديد ويكون تديبره صعباً للغاية.

## B. الاستقصاءات:

عالياً ما يتأخر التشخيص ويحتاج إلى وجود مشعر عالٍ من الشك تظهر الصور الشعاعية البسيطة عُمري معوية متوسعة ومستويات سائلة عارية ولكن دراسات الماريوم تبيّن عدم وجود انسداد ميكانيكي. يجري فتح البطن أحياناً لاستبعاد الانسداد ولأحد درجة كاملة الشحابة من الأمعاء ان المجهر الالكتروني والكيمياء السيجية والتلويينات الخاصة تحدد المتلازمات النادرة النوعية.

## الجدول 42: أسباب الانسداد المعوي الكاذب المزمن.

البدينية أو مجهولة السبب:

- اعتلال العضلات أو اعتلال الأعصاب الحشوية العائلي النادر.
- نعدام الخلايا العقدية الخلقي.

الثانوية:

- أدوية مثل الستيرويدات ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة والميثيثانيدات
- اضطرابات العضلات الملس مثل صلابة الجلد والداء الشواشي واعتلال العضلات المتقدري
- اضطرابات الصمغرة العصبية المعوية مثل المتلازمة بطيرة الورمية في سرطان الرئة صغير الخلايا
- اضطرابات الحملية العصبية لمرورية مثل الباركنسونية انحلال الأعصاب الدابية
- اضطرابات عدة صمغرة واستقلابية، مثل قصور الدرق وزم القوائم النورهرية لحداد لتقلعة

## C. التدبير:

عالمياً ما يكون صعباً يجب أن يتم التوجه نحو الأسباب المستتبة وتحبب الحركة إن أمكن. يمكن للميتوكلوراميد أو المومبيرويدون أن يعزز الحركة وتعطي الصادات من أجل هضم النمو الجرثومي يكون الدعم الغذائي والدعم النفسي ضروريين أيضاً.

## اضطرابات متنوعة للأمعاء الدقيقة

## MISCELLANEOUS DISORDERS OF THE SMALL INTESTINE

## I. الاعتلال المعوي المصيص للبروتين PROTEIN-LOSING ENTEROPATHY

يستخدم هذا التعبير عندما يوجد فقد رائد للبروتين إلى لمعة الأمعاء كافٍ لحدوث نقص بروتين الدم. بشكل طبيعي يفقد أقل من 10 / من بروتين البلازما من المسيل الهضمي. يحدث الاعتلال المعوي المصيص للبروتين في العديد من الاضطرابات المعوية ولكنها أكثر شيوعاً في تلك الاضطرابات التي يحدث فيها تقرح (انظر الجدول 43) في اضطرابات أخرى ينتج فقد البروتين عن بمودية رائدة للمخاطية أو انسداد الأوعية اللمفاوية المعوية. يتظاهر المريض بوذمة محيطية ونقص بروتين الدم مع وجود وطبيعة كندية طبيعية وبدون وجود بيلة بروتينية. يمكن أن توجد أيضاً مظاهر السبب الأساسي، يتم إثبات التشخيص بقياس التصفية الكلوية (Cl<sub>CR</sub>) أنثي ترينين أو الألبومين الموسوم Cl<sup>4</sup> بعد الحقن الوريدي. تجرى استقصاءات أخرى لتحديد السبب الأساسي، العلاج هو علاج الاضطراب الأساسي ودعم غذائي وإجراءات للسيطرة على الوذمة المحيطية.

## الجدول 43: أسباب الاعتلال المعوي المصيص للبروتين.

مع تسحجات مخاطية أو تقرحات:	• داء كرون.	• لقوما.
• التهاب الكولون القرمي.	• آذية إشعاعية.	
• أورام المري والمعدة والكولون.		
بدون تسحجات مخاطية أو تقرحات:	• داء منتريير.	• الذرب الاستوائي
• فرط النمو الجرثومي.	• التهاب المعدة والأمعاء بالحمضات.	
• الداء الزلاقي.	• الذئبة الحمامية الجهازية.	
مع انسداد لمفاوي	• توسع الأوعية اللمفاوية المعوية.	• لقوما.
• التهاب التامور الماصر.	• داء ويل.	

## II. توسع الأوعية اللمفاوية المعوية **INTESTINAL LYMPHANGIECTASIA**:

قد يكون شيئاً ناجماً عن سوء التحام خلقي للأوعية اللمفاوية أو ثانوياً لانسداد الأوعية اللمفاوية، الناجم عن المعموما أو داء العيلاريات أو التهاب التامور العاصر. يؤدي ضعف تصريف الأوعية اللمفاوية المعوية إلى بروج لمع غني بالبروتين والدهون إلى لغة السيل الهضمي. تتظاهر الحالة بوذمة لمفاوية محيطية وانصبابات حش أو حش كيلوسى وإسهال دهني تشير الاستقصاءات الى وجود نقص في الألبومين الدم ونقص في اللمفاويات وتراكم مخفضة للغلوبيولين المناعي في المصل. تظهر الجرعات الصائمية أوغية لنية متوسعة بشكل كبير ويظهر تصوير لأوعية اللمفاوية اسداداً لمفويماً. يتألف العلاج من حمية مخفضة الدهون مع إضافة ثلاثيات الغليسريد متوسطة السلسلة.

## III. تقرح الأمعاء الدقيقة **ULCERATION OF THE SMALL INTESTINE**:

قرحات الأمعاء الدقيقة غير شائعة ويمكن أن تكون بدنية أو ثانوية لاضطراب معوي أساسي (انظر الجدول 44) تكون القرحة أكثر شيوعاً في اللفائقي وتسبب برهاً أو استقياً أو تشكل تصيق أو اسداد دراسات الباريم والتظير المعوي تثبت التشخيص.

## IV. التهاب المعدة والأمعاء بالحمضات **EOSINOPHILIC GASTROENTERITIS**:

هذا الاضطراب مجهول السبب يمكن أن يصيب أي جزء من السبيل الهضمي ويتميز بارتشاح بالحمضات يصيب جدار الأمعاء مع غياب وجود انتان طميلي أو زيادة حمضات الأسحة الأخرى. يوجد زيادة في حمضات الدم المحيطي في 80٪ من الحالات. يصيب الالتهاب والتخريب الطبقات المعاطية والمصلية و/أو لمصلية

### A. التظاهرات السريرية:

توجد مظاهر للاسداد والالتهاب كالألم القولنجي والغثيان والإقياء والإسهال ونقص الوزن يحدث الاعتلال المعوي المصعب لسرورين وتوجد لدى 50٪ من المرضى قصة اضطرابات تحسسية أخرى قد تسبب الإصابة بالمصلية حيناً غنياً بالحمضات.

### B. التشخيص والتدبير:

يتم التشخيص بالتقييم السريري لجرعات تطيريه متعددة على الرغم من أن جرعات كامله الخفاة تكون حياً مطلوبة تحرى استقصاءات أخرى لاستبعاد الإنتان الطفيلي والأسباب الأخرى لارتفاع الحمضات

#### الجدول 44: أسباب قرحات الأمعاء الدقيقة.

• مجهول السبب.	• الملقوما والمبرطان.
• داء معوي التهابي مثل داء كرون	• الإصابات مثل المل والتمونيد و ليرسينيا
• ادوية مثل NSAIDs	• اسباب أخرى مثل الاشعاع والتهابات الأوعية
• أمراض البوتاسيوم المغلفة المعوية	
• التهاب الصائم واللفائقي القرحي	

عالباً ما يشاهد ارتفاع التركيز المصلي IgE نادراً ما تكون العلاجات القوتية فعالة على الرغم من أن الأعبدة المحذوفة خصوصاً الحليب قد تقيد بعض المرضى بعلاج الأعراض الشديدة بريدنيرون 20-40 مغ يومياً و/أو روموغليكات لصوديوم والتي تشت أعشبة الخلية البديلة. يكون الالتهاب حيداً عند عالية المرصى

## V. رتج ميكل Meckel's Diverticulum :

هو أكثر شذوذات السيل الهضمي الحلقية شيوعاً ويحدث عند 0.3-3٪ من الناس معظم المرصى لأعراض يصحح الرتج عن فشل في انغلاق القناة الحية مع استمرار سويقة ذات نهاية عمياء تنشأ من الحافة المقابلة لمساريفها العائني يحدث عادة في نطاق الـ 100 سم من الصمام العائني الأعوري ويكون حتى 5 سم طولاً تقريباً 50٪ منها تحوي مخاطية معدية ماحرة ونادراً ما يوجد أسحة كولوية أو بكرياسية أو بطانية رحيمة. الأكثر شيوعاً أن تحدث الاختلاطات في الستين الأوليتين من العمر ولكنها ترى أحياناً عند البالغين الصفار يصحح النزف من تقرح المخاطية العائنية المجاورة لحالب حدارية منتشرة ويتظاهر بتعوط رهتي متردد أو دم متبدل في المستقيم يمكن أن ينجم لتشخيص بتصوير البطن باستخدام عداد غاما التالي للحقن الوريدي لـ <sup>99m</sup>Tc pertechnetate والذي يركز من قبل الخلايا الحدارية المنتبذة. تشمل الاختلاطات الأخرى اسداد الأمعاء والتهاب الرتج والامعاء والانتفاخ والانتفاخ يكون لتداخل غير ضروري مالم تحدث اختلاطات العائنية المعظمى من المرصى يبقون لأعراض طول الحبة

## ADVERSE FOOD REACTIONS

## التفاعلات الغذائية العكسية

لتفاعلات الغذائية العكسية شائعة وتقسم إلى عدم تحمل غذائي وتحسس غذائي وإن الأول هو الأكثر شيوعاً.

### I. عدم تحمل الطعام FOOD INTOLERANCE :

وهذه تتضمن تفاعلات عكسية للطعام غير متوسطة مناعياً وتنتج عن سلسلة واسعة من الآليات، إن ثلوث الطعام والمواد الحافظة وعوز اللاكتاز. كل ذلك يمكن أن يكون مورطاً.

### II. عدم تحمل اللاكتوز LACTOSE INTOLERANCE :

يحتوي الحليب البشري حوالي 200 ميلي مول/لتر من اللاكتوز والذي بهضم بشكل طبيعي إلى غلوكوز وغلالتوز بواسطة أنزيم اللاكتاز الموجود في الحافة المرحونة وذلك قبل أن يمتص تتخصص فعالية لاكتاز الخلايا المعوية عند معظم الشعوب مع تقدم فترة الطفولة ويكون هناك عوز في الأبرم عند 90٪ من البالغين الأفارقة والآسيويين وحبوب أمريكا ولكن فقط عند 5٪ من البالغين في شمال أوروبا

في حالات عوز اللاكتاز المحددة على أساس عرقي (بدئية) تكون شكلية (عورولوجية) لصفات طبيعية يحدث العوز الثانوي لأنزيم اللاكتاز كتشعة للاضطرابات التي تؤدي معاملة الصفات كما في الداء اللاهي والتهاب المعده والأمعاء الفيروسية. يدخل اللاكتوز غير المحلص الكولون حيث يسج التخمير الحرثومي حموضاً دسمة طيارة قصيرة السلسلة والهيدروجين وثاني أكسيد الكربون.



## المظاهر السريرية:

يكون عوز اللاكتاز عند معظم الناس عبر عرضي بشكل تام. على كل حال يشكو البعض من ألم قولنجي وامتخاض بطني وزيادة الغازات وقرقرة أمعاء وإسهال بعد تناول الحليب أو مشتقاته. غالباً ما يكون الشك بمتلازمة الأمعاء لهيوجة ولكن يقترح التشخيص بالتحسس السريري عند استبعاد اللاكتوز. إن اختبار الفحص لهدروجين اللاكتوز مفيد كاستقصاء عبر غارٍ ومؤكّد يوصى باستبعاد اللاكتوز من القوب على لرغم من أن معظم هؤلاء المعانين يمكن أن يتحملوا كميات قليلة من الحليب دون أعراض. إن إصاهاة مستحضرات اللاكتاز التعايرية إلى الحليب كان مفيداً في بعض الدراسات ولكنه مكلف.

## III. الإسهال الناجم عن السكاكر الأخرى DIARRHOEA DUE TO OTHER SUGARS:

يمكن أن يحدث إسهال تناسحي بسبب السوربيتول وهو من مائيات الفحم غير الممتصة والتي تستخدم كمحليات صناعية يمكن أيضاً للفركتوز أن يسبب إسهالاً إذا استهلك بكميات أكبر (مثال عصير الموكه) مما يمكن امتصاصه.

## IV. التحسس الطعامي FOOD ALLERGY:

التحسست للأطعمة هي اضطرابات متواسطة مناعياً ناجمة عن أضداد IgE وتفاعلات هيرط الحماسية من النمط الأول. (2) من السكان يلاحظون على أنفسهم أنهم يعانون من تحسس للطعام ولكن فقط 1/2 من البالغين لديهم تحسستات حقيقية للطعام. الأعدية المتهمة الأكثر شيوعاً هي الفول السوداني والحليب والبيض والصويا والمحار. تحدث التظاهرات السريرية فوراً عند التعرض وتتراوح من تظاهرات حميدة إلى مهددة للحياة أو حتى التاق. تقتل في متلازمة التحسس المعوي بسبب التماس مع أنواع معينة من عصير المواكة الطارحة حدوث شرى وودمة عرقية في الشفاء والبلعوم المعوي. يملك الاعتلال المعدي المعوي التحسسي مظاهر مشابهة لالتهاب المعدة و لأمعاء بالحمضات في حين أن التاق المعدي المعوي يتألف من غثيان وإقياء وإسهال وأحياناً وهط قلبي وعائي وتسمي

سجلت كثيراً تفاعلات معينة لكميات زهيدة من الفول السوداني. إن تشخيص التحسس الغذائي صعب الإثبات أو لنفي. إن اختبارات الوحر الجلدية ومعايرة أضداد IgE النوعية للمستصد في المصل ذات قيمة تنبؤية محدودة. إن اختبارات التحدي الطعامي ثائية البعيرة المرافقة بالفعل هي المعيار الذهبي ولكنها مرهقة وغير متوفرة بسهولة في العديد من الحالات تستخدم الشك السريري وتحارب حذف الأغذية. إن علاج التحسس الطعامي مثبت شمل تثقيف مفصل للمريض والحذف الصارم للمستصد المتهم وفي بعض الحالات إعطاء مصادات الهيستامين أو كروموجليكات الصوديوم. يجب أن يعالج التاق كحالة إسعافية بالإنعاش ودعم الطريق الهوائي وإعطاء أدريالين وردي (إبينيفرين) إن المعلمين والمعلمين الآخرين بالأطعمال المصابين يجب أن تدربوا على ذلك. يجب على المرضى أن ينسوا سوار معلومات وأن تعلموا على حمل واستخدام سبريغ أدريالين معياً مسبقاً

## INFECTIONS OF THE SMALL INTESTINE

## إنتانات الأمعاء الدقيقة

- I. إسهال المسافرين 'TRAVELLERS' DIARRHOEA
- II. داء الجيارديات GIARDIASIS
- III. داء الأميبات AMOEBIASIS
- IV. السل البطني ABDOMINAL TUBERCULOSIS

نوقشت في فصول أخرى.

إن داء المتطفلات السلية هو سبب مادر للمرض البطني عند القوقاريين ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار عند المهاجرين من العالم النامي أو عند مرضى الأيدر. يحدث الإنسان المعوي عادة بالمتطفرة السلية البشرية والتي تبتلع بعد السعال. لا يوجد لدى العديد من المرضى أعراض رئوية وتكون صورة الصدر لديهم طبيعية.

المسطقة الأكثر تأثيراً هي الماحية اللعائمية الأعورية ويمكن للتظاهرات والموجودات الشعاعية أن تكون شديدة لشيء لتلك الموجودة في داء كرون. يمكن للألم البطني أن يكون حاداً و يدوم لفترة عدة أشهر ويكون الإسهال أقل شيوعاً في التدرن عنه في داء كرون. الترهح الحروري الحفيف شائع ولكنه غير ثابت كما في داء كرون يمكن لـ T B أن يصيب أي جزء من السبيل الهضمي والاصابة حول الشرح مع بواسير تكون مميزة قد يسبب التدرن لبريتواني التهاب بريترن مع حس سحي (exudative) مترافقاً بألم بطني وترهح حروري كما يحدث التهاب كبدي حبيبيوي

## A. التشخيص:

يسبب التدرن البطني ارتفاع سرعة التثمل إن ارتفاع التركيز المصلي للموسفاتاز القلوية يوجه نحو وجود اصابة كبدية يتم البحث عن إثبات نسحي بواسطة التطبير الباطني أو تنظير البطن أو حجرة الكبد. لا يشاهد دائماً تحس حبيبيوي وعالماً ما تكون الحرائيم المقاومة للحمص والكحول قليلة قد يكون الزرع مميّز لكن تحديد المنعصية قد يأخذ 6 أسابيع.

## B. التدبير:

عندما يكون التظاهر موحهاً جداً نحو التدرن البطني فانه يجب البدء بالعلاج الكيماوي بأربعة أدوية وهي الإيزونيازيد الريفاميسين والبيرازناميد والإثامبيتول حتى مع غياب الإثبات الحرثومي أو السحي

## V. داء المبوغات المستخفية CRYPTOSPORIDIOSIS:

نوقش داء المبوغات المستخفية وأحماج الأولي الأخرى في فصول أخرى

## أورام الأمعاء الدقيقة

## TUMOURS OF THE SMALL INTESTINE

من النادر أن تصاب الأمعاء الدقيقة بالأورام وأقل من 5٪ من كل الأورام الهضمية تحدث هنا

## 1. الأورام السليمة:

الأكثر شيوعاً هي العدومات و GIST والشحمومات والأورام العابية. أكثر مانتشاهد العدومات في منطقة حول  
المجل وعادة لأعرضية على الرغم من أنه قد يحدث نرهد حمي أو اسداد سبب الانغلاق التحول إلى سرطانية  
غدية نادر. العدومات المتعددة شائعة في العمج عند المرضى الذين لديهم داء البوليبات الغدية العائلي (FAP)  
والذين يتطلبون مراقبة نظيرية منتظمة. إن البوليبات العابية وتقريباً مع عدم وجود احتمالية لحيالة تحدث في  
متلازمة بوتز جيفرز.

## 2. الأورام الخبيثة:

نادرة وتشمل في ترتيب تنازلي ثنوترها السرطانية الغدية والورم الكارسينويدي و GIST الخبيثة والعموما.  
معظمها يحدث في الأعمار المتوسطة أو متأخراً. تشاهد ساركوما كابوري عند مرضى الايدر تحدث السرطانية  
الغدية ثنواتر أعلى عند مرضى البوليبات الغدية العائلية والداء الراقشي ومتلازمة بوتز جيفرز. إن التطاهر  
للأوعى ونادرة هذه الآفات يؤدي إلى التأخير في التشخيص  
إن فحص متسعة الساريوم أو دراسات رخصة الأمعاء الدقيقة ستوضح معظم آفات هذا النمط. إن التنظير  
المعوي وتصوير الأوعية المساريةية وال CT تلعب أيضاً دوراً في الاستقصاء.

## 1. أورام الكارسينويد CARCINOID TUMOURS:

تشق من الحلايا المعوية المحبة للكروم وهي أكثر شيوعاً في المانفي. إن الانتشار الموصفي واحتمالية حدوث  
النقائل للكبد تزداد في الآفات البدئية الأكبر من 2 سم قطراً. تحدث أورام الكارسينويد أيضاً في المستقيم وفي  
الرائدة الدودية. وفي الرائدة الدودية تكون سليمة عادة بالحصول هان هدد الأورام أقل عدوية من السرطانات  
وعموه بطيء عادة. إن لفظ متلازمة الكارسينويد يشير إلى الأعراض الجهازية الناحمة عن النواتج لإفر رية  
للحلايا المعوية المحبة للكروم الورمية والتي تصل إلى الدوران الجهازية (انظر الجدول 45) عندما تنتج من قبل  
الأورام لبدئية فإنها تستقلب عادة في الكبد ولا تصل الدوران الجهازية لذلك تحدث المتلازمة فقط عندما ينحدر  
5-هيدروكسي ترستامين (5-HT، سبروتونين) وبراديكسين والهرمونات الببتيدية الأخرى من النقائل الكبدية.

## A. التدبير:

إن علاج أورام الكارسينويد هو الاستئصال الجراحي إن علاج متلازمة الكارسينويد هو علاج ملطف سبب  
حدوث النقائل الكبدية على الرغم من أن البقايا المطبوكة شائعة عادة تتم محاولة إجراء استئصال جراحي للورم  
البدئي ويمكن أن تستأصل النقائل الكبدية حيث أن تقليل كتلة الورم يحسن الأعراض إن تصميم الشريان الكبدية  
يعوق نمو التوضعات الكبدية. يستخدم الأوكترينويد 200 مكغ كل 8 ساعات بالحقن تحت الجلد لتقليل التحزير  
الورمي للممرزات. العلاج الكيماوي السام للحلايا له دور قليل فقط.

## II. اللمفوما LYMPHOMA:

يمكن للمفوما لاهودحكن ن تشمل المسيل الهضمي كجزء من مرض أكثر تعميماً أو قد تنشأ مادراً في المعى حيث تكون الأمعاء الدقيقة الأكثر تأثراً. تحدث اللمفوما بتواتر أعلى عند مرضى الداء الرلاقي ومرضى الإيدز والحالات الأخرى من عور المناعة معطمتها تكون من منشأ الخلايا البائية على الرغم من أن اللمفوما المراهقة للداء الرلاقي تشتق من الخلايا التائية (لمفوما الخلايا التائية المراهقة للاعتلال المعوي). أن الألم البطني المتعص ولاسداد وقص الورن تشكل عادة السمات البارزة ويرى أحياناً الانتقاص، سوء الامتصاص هو فقط مظهر للاصابة المعوية المنتشرة وتكون الصحامة الكبدية والطحالية نادرة.

يتم لتشخيص بحرعة الأمعاء الدقيقة ودراسات التماين الشعاعية و CT كما تحرى استقصاءات لتحديد المرحلة ان الاستئصال الجراحي هو العلاج المُنْتَحَب عند امكانيته مع العلاج الشعاعي ويحتصم بالمشاركة مع العلاج الكيماوي لأولئك الذين لديهم المرض المتقدم. يعتمد الادار بشكل كبير على المرحلة عند التشخيص وعلى نوع الخلايا وعمر المريض ووجود أعراض "B".

## III. الداء المناعي التكاثري للأمعاء الدقيقة:

## IMMUNOPROLIFERATIVE SMALL INTESTINAL DISEASE (IPSID):

يعرف كثيراً بدء السلسلة الثقيلة لما تحدث هذه الحالة البادرة بشكل رئيسي في دول البحر الأبيض المتوسط والشرق الأوسط، والهند وباكستان وأمريكا الشمالية السبب مجهول ولكنه قد يكون استجابة لتنبية مرض من قبل مستضدات جرثومية. تختلف هذه الحالة في شدتها من السليم نسبياً الى الحثيث بشكل واضح.

تصاب مخاطية الأمعاء الدقيقة بشكل منتشر خصوصاً في القسم القريب وذلك بارتشاح كثيف لخلايا لمصوية بلازمية معظم المرضى هم من البالغين الصغار حيث يتظاهرون بسوء امتصاص وقمه وترهع حروري. يؤكد لرحلان الكهربائي المصلي وجود السلاسل الثقيلة لما (من الجزء FC من IgA). يمكن أن يحدث هجوع مطوّل للعلاج طويل الأمد بالصادات. لكن العلاج الكيماوي يكون مطلوباً عند أولئك الذين يمشلون في الاستئحة أو أولئك الذين لديهم مرض عدواني.



## الجدول 45: المظاهر السريرية لمتلازمة الكارسينويد.

- انسداد الأمعاء الدقيقة الناجم عن كتلة الورم.
- الإفقار المعوي (الناجم عن الارتشاح المساريقي أو التشنج الوعائي).
- تسبب المقتل الكبدية الألم والصخامة الكبدية واليرقان.
- توهج ووزيز
- سعال
- الإصابة القلمية (قصور مثث الشرف تصبق رموي لويحات شعاعية في البطن الأبيض) مؤديه الى قصور هب
- توسع أوعية شعيرية وجهي.

يتم التشخيص بكتف مسوناب رائدة من مسقلب 5-HT و 5-HIAA في بول 24 ساعة

## أمراض البنكرياس

## DISEASES OF THE PANCREAS

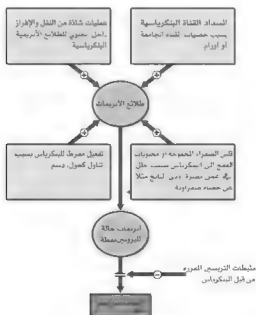
## ACUTE PANCREATITIS

## التهاب البنكرياس الحاد

يشكل التهاب البنكرياس الحاد 3% من جميع حالات الألم السطحي التي تقبل في المشفى ويصيب حوالي 2-28 فرد من كل مئة ألف من لتعداد الإجمالي للسكان ومن المحتمل أن تكون نسبة وقوعه الآن مرددة

## A. الفيزيولوجيا المرضية:

التهاب السكرياس الحاد هو عبارة عن حديثة التهابية حادة تصيب السكرياس وتؤثر بسبب متفاوتة على النسيج المحيطة به والأعضاء البعيدة عنه. وهذه الحديثة الالتهابية تحدث نتيجة التفعيل المبكر لحبيبات الطلائع الأنريمية Zymogen granules وتحرر البروتياز Proteases الذي يقوم بتفكيك وهضم السكرياس والنسيج المحيطة به (انظر الشكل 39).



يعتلك البنكرياس الطبيعي محفطة غير حادة التطور وإذا فإن السحح المحاوره مثل القناة الصغرى وية الجامعة والعفج والوريد الطحالي والكولون المعترض عالياً ما تصاب بهذه الحديثة الالتهابية.

وتعتمد شدة التهاب البنكرياس الحاد على التوازن ما بين فعالية الأنزيمات الحالة للبروتين المتحررة والعوامل المعاكسة لانحلال البروتين وتشمل العوامل المعاكسة لانحلال البروتين كلاً من البروتين المثبط لتريسين البنكرياسي داخل الخنوي  $\beta 2$ -macroglobulin الدورانية، و  $\alpha 1$ - أنسي تريسين ومثبطات الامسيراز - C1. أسباب التهاب البنكرياس الحاد مدونة في الجدول 46

قد يكون التهاب البنكرياس حقيقاً مع اضطراب اصغري بوظيفة العضو ومع شعاعه امر (دون احتلاطات خطيرة). وشكل بديل فقد يكون شديداً ومتراقفاً مع مصاعفات موضعية مثل النحر (عالياً مع إبتان) والكيسة الكاذبة أو حراح ومصاعفات جهازية تؤدي الى قصور أعضاء متعدد.

## B. التظاهرات السريرية:

الم في أعلى البطن شديد ومستمر وينتشر إلى الظهر في 65٪ من الحالات. يصل دروته خلال 15-60 دقيقة. الغثين والإقياء شائعان.

يوجد مصص شرسوفي مميز ولكن في المراحل المبكرة (عكس القرحة الهضمية المنقبة) يكون لتقع البطن والمصص لمترد غائبين لأن الالتهاب يكون بشكل رئيسي خلف البريتوان. الأصوات المعوية تصبح حافتة أو غائبة مع تطور انسداد الأمعاء الشللي.

في لحالات الشديدة يصح المريض بأفص الأكسجة ويتطور لديه صدمة نقص حجم مع شح بول. إن تعبر لون الحاصرتين (علامة Grey turner) أو منطقة حول السرة (علامة Cullen) هما مظهران لالتهاب البنكرياس الشديد المترافق مع نزف. يشمل التشخيص التفريقي انتهاب حشا أخوف والتهاب المرارة الحاد واحتشاء العضلة القلبية

## الجدول 46- أسباب التهاب البنكرياس الحاد.

(الشائعة 90٪ من الحالات):

- الحصيات الصفراوية.
- مجهول السبب.
- نكحول.
- عقب ERCP

نادرة

- عقب جراحة (بطية محازب قلبيه رئويه)
- إبتان (نكاف فيروسات كوكسكي)
- رضوض.
- دوية (اراثيوبيرين لمدرات الشراعية، هالبروات الصوديوم)
- الفصير الكلى
- استعماله (عرق كالسيوم لدم عرق ثلاثي العنصري في الدم)
- زرع الاعضاء (كلية، كبد)
- تشعب البنكرياس.
- انخفاض الحرارة الشديد.

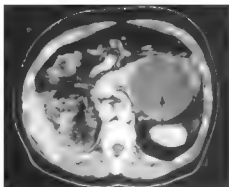
## C. الاختلاطات:

وهي مذكورة في (الجدول 47).

الكيسة البنكرياسية الكاذبة الحادة هي تجمع خارج البنكرياس للعصارة البنكرياسية ولسج متمونة و لتس تتطور عادة في الكيس الصغير lesser sac تلو ثمرق النهائي للقناة البنكرياسية، بداية تكون الكيسة الكاذبة محتو 3 صمم حداث هش من نسج حبيومي متعدد بشكل ضعيف والذي يصحح خلال 6 أسابيع ليشكل محفظة ليفية (انظر الشكل 40).

إن الكيسات الصغيرة داخل البنكرياس والكيسات الكاذبة هي مظاهر شائعة لكل من التهاب البنكرياس الحاد والمزمن وتكون عادة لاعرضية وتزول بشفاء التهاب البنكرياس. الكيسات الكاذبة ذات القطر الأكبر من 6 سم سادراً ما تحثي عموماً تسبب الكيسات الكاذبة الكبيرة المأ بطبياً مستمراً ويمكن أن تحدث كتلة بطيية محسوسة وقد تصعقت أو تسبب تآكل التراكيب المحيطة بما هيها الأوعية الدموية لتشكل أمهات دم كاذبة. يحدث الحين السكرياسي عندما يتسرب السائل من القناة البنكرياسية المتفرقة الى حوف الريتوان. يمكن أن يسبب الرشج إلى الجوف الصدري انصباب جنب أو نامور قصبي بنكرياسي.

الجدول 47: اختلاطات التهاب البنكرياس الحاد.	
الاختلاط	السبب
<b>جهازي:</b>	
متلازمة لاسنغابة لالتهابية الحبارية (SIRS) بقصور الكلوي	زيادة العمودية الوعائية بسبب تحرر لسيثوكين والعامل المحمض لتضعيحت و تكبير اسداد الأمعاء الشللي. الإقياء
نقص اكسجة	متلازمة الصائفة التتصبه الحاده بسبب الحثار الجهازي في الأوعية لرنوية
فرك سكر الدم	تحرر في حرر لانغرهاسي وتبدل محور اسولين / غلوكاغون
نقص كالسيوم الدم	احتثار الكالسيوم في النحر الشحمية بحماض الكالسيوم لمؤبد (السبب ٢٢).
نقص تركيز البومين دم	زيادة العمودية الوعائية الشعرية
<b>بنكرياسي:</b>	
النحر.	نسج بنكرياسية غير حيوية وموت النسيج حول البنكرياس كثير ما تكون محموجة.
حراجة	تحمم محدد الحواف من القيق محاور للبنكرياس ولا يحتوي أي نسيج بنكرياسي أو يحتوي القليل من هذا النسيج
الكيسة الكاذبة	تمزق القنوات البنكرياسية.
الحين البنكرياسي أو انصباب الجنب	تمزق القنوات البنكرياسية.
<b>معدي معوي</b>	
البرف الهضمي لغثوي.	سحجات معددة و عسجة
نزف دوالي وتآكلات في الكولون.	حثار وزيد الباب أو الوريد الطحالي.
اسداد المعوي.	انصعاط بكتلة بنكرياسية
برقان اسدادي.	انصعاط لقناة الصغرازية الجامعة



الشكل 40 CT يظهر كيسة بنكرياسيه كاديه كبيرة (انظر السهم) ناشئة من جسم البنكرياس.

## D. التشخيص:

يعتمد تشخيص التهاب البنكرياس الحاد على تراكيز مصلية مرتفعة من الأميلاز أو الليباز ودليل على تورم البنكرياس بال CT أو بالإيكو تحرى الصور الشعاعية البسيطة لاستبعاد الأمور التشخيصية الأخرى مثل الانشقاب أو الانسداد ولتحديد الاختلاطات الرئوية.

يطرح الأميلاز عبر الكليتين بشكل فعال وقد يعود للسواء اذا تمت معابرته بعد 24-48 ساعة من بدء التهاب البنكرياس في هذه الحالة يمكن أن يتم التشخيص بأشاد ارتفاع نسبة أميلاز البول/كريتينين البول إن استمرار ارتفاع تركيز الأميلاز المصلي يقترح تشكل كيسة كاديه. ترتفع تراكيز الأميلاز لسريوتومي بشكل كبير في الحصى السكرياسي وتكون تراكيز الأميلاز المصلي مرتفعة أيضاً (لكن لدرجة أقل) في الاقراص لمعوي والقرحة الهضمية الخبيثة وكيسة المبيض المتفرقة ويكون النظهر اللعابي من الأميلاز مرتفعاً في التهاب الكيسية

التصوير بالإيكو يثبت التشخيص على الرغم من أنه في المراحل الباكرة لا تكون الغدة متضخمة (متورمه) بشكل كبير الإيكو مفيد أيضاً سبب أنه قد يظهر الحصيات المرارية أو الانسداد الصمراوي أو يظهر تشكل الكيسة الكاديه يستخدم لـ CT بين اليوم الثالث واليوم العاشر بعد الفول لتحديد عيوشية السكرياس التهاب البنكرياس الحصري يترافق مع تعريض بنكرياسي منخفض ثاني للحص الوريدي للمادة الطليئة إن وجود غاز ضمن مادة النحر يعترح وجود حصى وتشكل وشكك للعراج. في هذه الحالة يجب أخذ رشافة عمر الحلد للمادة من أجل الزرع الحرثومي.

إن ضامة الكولون والاعوة الدموية والتراكيب المحاورة الأخرى بالعملية الالتهاصة أفضل ما ترى بواسطة



يحدد استقصاءات معينة شدة التهاب البنكرياس الحاد وهي ذات قيمة إرشادية مهمة وقت الظاهر (انظر الجدول 48) بالإضافة إلى أن التقييم المتكرر لـ (CRP) المروني الارتكاسي C يشكل مشعراً مميّزاً في مراقبة الترقى.

إن دروة CRP < 210 ملغ/ليتر في الأيام الأربعة الأولى تنبئ بوحود التهاب بنكرياس شديد بدقة 80٪، ومن الحذير بالذكر ملاحظة أن التركيز المصلي للأميلاز لا يملك أية قيمة إرشادية.

## E. التدبير:

يتألف التدبير من خطوات عديدة مترابطة،

● إثبات التشخيص وتحديد شدة المرض.

● العلاج الباكر اعتماداً على كون المرض خفيفاً أو شديداً.

● كشف وعلاج الاختلاطات.

● علاج السبب الأساسي خصوصاً الحصيات الصفراوية

يعتمد لتدبير البدني على تسكين الألم باستخدام البيتدين وتصحيح نقص الحجم باستخدام حلول ملحي النظامي و/أو المواد الفروانية.

يجب أن تدبر كل الحالات الشديدة في وحدة العناية المشددة باستخدام الخط الوريدي المركزي أو قنطرة سوان عبر وكذلك القنطرة البولية لمراقبة الموضع الدير هم في حالة صدمة. يحتاج المرضى ناقصي الأكسجة إلى أوكسجين وقد يحتاج المرضى الذين يتطور لديهم ARDS إلى دعم للتنوية.

يصحح فرط سكر الدم باستخدام الأنسولين، لكن من غير الضروري تصحيح نقص كالسيوم الدم بالحقن الوريدي للكالسيوم ما لم يحدث تركز.

لترشع، الأمي المعدني غير ضروري ما لم يحدث انسداد الأمعاء الشللي

التعديّة المعوية عبر الأنبوب الأنفي المعوي يجب أن نبدأ في مرحلة باكراً عند مرضى التهاب البنكرياس لشديد، هؤلاء المرضى هم في حالة تقويضية Catabolic شديدة ويحتاجون دعماً تعديوياً إلى التعديّة المعوية تقلل من استسهم الدم الداخلي وبالتالي قد تنقص الاختلاطات الجهازية

يوصى بالتوقاية من الصدمة الحثرة بجرعة منخفضة من الهيبارين تحت الجلد. استخدام لصادات الوريدية وسعة الطيف وقائياً مثل إيميبينيم Imipenem أو Cefuroxime قد يحسن المحصلة في الحالات الشديدة

المرضى لمنظاهرون بالتهاب طرق صفراوية أو نرقان مرافق مع التهاب بنكرياس شديد يجب أن يحصلوا لـ

ERCP إلحاحي لتشخيص وعلاج تحصي القناة الصفراوية الجامعة. في الحالات الأقل شدة من التهاب البنكرياس

الحصوي (بسبب الحصيات الصفراوية) يمكن إجراء ERCP بعد شفاء المرحلة الحادة.

## EBM

## التهاب البنكرياس الحاد - دور الدعم التقوئي

إن النحس السريري عند مريض التهاب بنكرياس الحاد يكون أكثر عند أولئك الذين يتلقون بغذية بالأنبوب لأنهم الصائمون منه عند أولئك الذين يتلقون تغذية وريدية كاملة.

## EBM

## التهاب البنكرياس الحاد - دور ال ERCP

إن إجراء ERCP إسعاف مع جرغ المصرة الصفراوية واستخراج الحصاة عندما يحدد حصيات في القناة الصفراوية الحامة يحسن لحصلة في التهاب بنكرياس الشديد محدث الفائدة الأكبر عند أولئك المرضى الذين لديهم التهاب طرق صفراوية صاعد

## تدبير الاختلاطات

المرضى الذين يتطور لديهم التهاب بنكرياس حاد أو حراج بنكرياسي يحتاجون الى إجراء تصوير جراحي للبنكرياس بشكل إلحاحي لمنع تصريف للسريز البنكرياسي. تعالج الكيسات البنكرياسية بآراء تجبرها إلى المدة أو الصغ وهذا يجري بعد 6 أسابيع على الأقل حيث تكون المحفظة الكاذبة قد أصبحت وذلك باستئصال الجراحة المفتوحة أو طرق التطير الداخلي.

## F. الإنذار: (انظر الجدول 48)

رغم التطورات الحديثة في التدبير فإن نسبة الوفيات لم تتبدل عن 10-15٪ حوالي 80٪ من كل الحالات تكون حالات خفيفة مع نسبة وفيات أقل من 5٪. تحدث 98٪ من الوفيات في ال 20٪ التي تشكل الحالات الشديدة ثلث الوفيات تحدث في الأسبوع الأول عادة بسبب قصور الأعضاء المتعدد بعد هذا الوقت تتج معظم الوفيات من الخمج خصوصاً النخر المختلط بالخمج.

## الجدول 48: العوامل الإنذارية السيئة في التهاب البنكرياس الحاد (معايير غلاسكو Glasgow)

- العمر < 55 سنة.
- الفلوكوز < 10 ميلي مول/ل.
- $P_{O_2} < 8 \text{ kPa}$ .
- اليولة < 16 ميلي مول/ل (بعد إمهاء المريض)
- تعداد لكريات البيض  $(WBC) < 15 \times 10^9 / \text{ليتر}$ .
- ناقلة من الألبان (ALT) < 200 وحدة/ل
- الألبومين < 32 غ/ل
- مازع هيدروجين اللاكتات (LDH) < 600 وحدة/ل
- كالسيوم المصل < 2 ميلي مول/ل (بعد التصحيح).

شدة الالتهاب والإنذار يسومان كلما كان عدد عوامل الإنذار السيئة عند المريض أكثر. بحال كونها أكثر من ثلاثة يقترح كون الالتهاب شديداً.

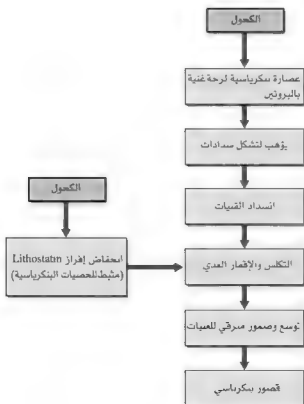
## CHRONIC PANCREATITIS

## التهاب البنكرياس المزمن

التهاب البنكرياس المزمن هو مرض التهابي مزمن يتميز بتليف وتآكل النسيج البنكرياسي خارجي الإفرازي، يحدث أثناء السكري في الحالات المتقدمة بسبب إصابة جزر لانغرهانس.

## A. الميزيولوجيا المرضية:

حوالي 80٪ من الحالات في الأقطار الغربية تنجم عن الاستعمال الحاد للكحول (انظر الشكل 41) في الهند الجنوبية يحدث التهاب بنكرياس مزمن شديد نكسلي عند غير الكحوليين من المحتمل أن يكون نتيجة لسوء التغذية وتناول Cassava (نوع من الطعام)، أسباب أخرى مدونة في (الجدول 49).



الجدول 49: أسباب التهاب البنكرياس المزمن.	
• تكلسي:	• تشعب البنكرياس.
الكحولية.	• التليف الكيسي.
معداري.	• وراثي.
• انسدادوي:	• مجهول السبب.
تصنيف مجل هانر	
ملاحظة: معظم المرضى لديهم حصيات صخرائية لكنها لا تسبب التهاب بنكرياس مزمن.	

## B. المظاهر السريرية:

يصيب التهاب السكرياس المزمن شكل رئيسي الرجال الكحوليين ذوي الأعمار المتوسطة يتظاهر معظم المرضى تقريباً بألم بطني في 50٪ يحدث هذا كنوب من التهاب بنكرياس حاد على الرغم من أن كل هجمة تسبب درجة من لأذية البانكرياسية الدائمة. الألم المزمن المتفرقي سطه بدون سورات حادة يصيب 35٪ من المرضى في حين أن الباقي ليس لديهم ألم بل يتظاهرون بسعال. يحم الألم عن المشاركة بين زيادة الضغط في القنوات البكرياسية وبين الإصابة المباشرة للأعصاب السكرياسية وحول البكرياسية بالعملية الالتهابية قد يحدث لألم بالانحناء إلى الأمام أو شرب الكحول تقريباً 5/1 المرضى يتناولون المسكنات الأفيونية بشكل مزمن. نقص الوزن شائع وينتج من المشاركة بين القهم وبين تحب الطعام بسبب الألم بعد الوجبة وسوء امتصاص والداء السكري. يحدث الإسهال الدهني عندما يتحرب أكثر من 90٪ من السيج حارحي الإفراز يتطور سوء امتصاص البروتين فقط في الحالات الأكثر تطوراً بالمحصلة 30٪ من المرضى يكونون سكريين لكن يرتفع هذا الشكل إلى 70٪ عند أولئك الذين لديهم التهاب بنكرياس مزمن تكلسي يظهر المحص المبرياني مريضاً نحيلاً وسين التعديبة مع مصص شرسوي. تصعب الحلد فوق البطن والظهر شائع وينتج من الاستخدام المزمن لرحاجة الماء الساخن (حمامي ab igne) العديد من المرضى لديهم مظاهر الأمراض الأخرى المرسطة بالكحول والتدخين. الاحتلاطات مدونة في (الجدول 50).

## C. الاستقصاءات: (انظر الجدول 51)

### تجري الاستقصاءات لـ:

- وضع تشخيص التهاب البنكرياس المزمن.
- تحديد وظيفة البنكرياس.
- توضيح الشذوذات التشريحية قبل التداخل الجراحي.

## D. التدبير:

### 1. الاستعمال الخاص للكحول:

إن تحب الكحول أمر حاسم في إيقاف برقي المرض وفي إنقاص الألم لسوء الحظ فإن الاستئذرة والمداخلة النفسية بدرأ ما تكون بحاجة ومعظم المرضى يستمرون شرب الكحول.



الجدول 5A، الاستقصاءات في التهاب البنكرياس المزمن.

- الكميات الكافية والحبس البكرتين. ويحدثان في كل من التهاب البكرتين الحاد والمزمن.
- سرطان المستدري خارج الكبدى الناجم عن تضيق جند في الفناء الصمراوية لجامعة حيث أنها تمر عبر البكرتين المريضة
- تضيق الفجج
- حثار ورميد الباب و الطحالى يودى الى ارتشاع تونر بابى قطعى ودوالى معدية
- قرحه مسمية



الجدول 5A، الاستقصاءات في التهاب البنكرياس المزمن.

- اختبارات الإثبات التشخيصية.
  - هوق لصدي (الإيكو).
  - CT (قد يظهر ضمور، تكلس، أو توسع القناة).
  - صورة شعاعية للطن (قد تظهر التكلس).
  - ERCP: فقط إذا كانت المحوص غير العارضة سلبية أو غير حاسمة (انظر الشكل 42)
  - إيكو غير لتطهير الباطني
- اختبارات وظيفة البنكرياس.
- جمع عصارة بكمية صرفة بعد حقن مادة السيكرتين Secretin (المعيار الذهبي لكنه غير واقعي يستخدم)
  - حنبار PABA أو Pancreolauryl.
  - إيلاستاز أو كيموتريسين البنكرياس في البراز.
  - اختبار تحمل السكر المعوي.
- اختبارات التشريح قبل الجراحة.
- ERCP (انظر الشكل 42).

إن سلسلة من الأدوية المسكنة خصوصاً مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية NSAIDs هي ذات قيمة، إلا أن لطبيعة الشديدة للألم وعدم رواه تؤدي غالباً إلى استخدام المسكنات الأفيوني مع حطورة حدوث الإدمان، إن لمعضات الصعوبة للأبريم البكرياسي توقف الأهرار البكرياسي وإن استخدامهما المنتظم يقلل من استهلاك المسكنات عند بعض المرضى يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار العلاج السكرياسي الجراحي أو التطويري عند المرضى المعتمين عن الكحول ولديهم ألم مزمن شديد مقاوم للتدابير المحافظة (انظر الجدول 52) إن تحرير أعصاب لضعيرة العظمية أو قطع العصب الحشوي بطريقة عازية بأقل ما يمكن وذلك عبر تطهير المصدر يتسبب أحياناً في تسكين طويل الأمد للألم على الرغم من أن الكثير يحدث أحياناً في معظم الحالات

عدد بعض المرضى، لا يظهر ERCP شذوذاً قاتلاً للإصلاح جراحياً أو عبر التطبير الباطني وعند هؤلاء المرضى فإن المقاربة الجراحية الوحيدة هي استئصال البنكرياس الكامل لسوء الحظ وحتى بعد هذه العملية سيستمر بعض المرضى يعانون من الألم. علاوة على ذلك تسبب الإحراق في حدوث الداء لسكري والذي من الممكن أن يكون صعب السيطرة مع خطورة عالية في حدوث بعض سكر الدم (حيث يكون تحريض كل من الأنسولين والغلوكاغون عائلاً) وهذا يشكل النسب في المراقبة وسيرة الوفيات المهمة

## 3. الإسهال الدهني،

يعالج بتحديد الدهون في القوت (مع علاج أصابع ثلاثيات الغليسيريد متوسطة السلسلة للسلسلة للمرضى سيئي التغذية) ولعصيات المموية من الأتريم السكرياسي. يضاف منبط مصححه البيروتون لحمل PH العصج ملائماً لمعالجة الأتريم البنكرياسي.



الشكل 42: ERCP في التهاب البنكرياس المزمن. A: التهاب بنكرياس نادر مع فروع حاسية متوسعة بشكل غير منتظم (أشبه إلى السهم) B، مرض متقدم قناة مركزية متوسعة غير منتظمة (السهم A) مع فروع جانبية مسدودة غير منتظمة (السهم B).

الحدوث 52، التدخل في التهاب البنكرياس المزمن.

العلاج بالتنظير الباطني

- توسيع و قولبة القناة لسكراسيه الرئيسية (أي وضع Stent صمغها)
- إزالة الحصيات (ميكانيكيا أو بتفتيت الحصى بالأمواج الصاعدة).

الطرق الجراحية

- استئصال البنكرياس الجروثي المحافظ على العصج
- مقاومة الصائم بالبنكرياس.

## 4. السكري:

يتطلب السكري تحديد مائتات المعجم والمعالجة بالانسولين

## 5. تدبير الاختلالات:

قد يكون العلاج الجراحي أو العلاج بالتثظير الباطني ضرورياً في تدبير انكيسات الكاذبة والحن السكرياسي وتصيق القناة الصفراوية الحامضة أو تصيق المعج وتدير عواقب ارتفاع التوتر لساني ايضاً يحتاج العديد من مرضى التهاب السكرياس المرض لعلاج الأمراض المرتبطة بالكحول والتدخين ولعلاج عواقب همل البس وسوء التغذية.

## تشوهات البنكرياس الخلقية CONGENITAL ABNORMALITIES OF THE PANCREAS

### I. البنكرياس المجزأة (المقسومة): (تشعب البنكرياس) PANCREAS DIVISUM:

يعود ذلك إلى فشل في الالتحام القناتين الأصليتين (البدنيتين) الطهرية و لبطنية خلال التطور الجنيني للسكرياس ونتيجة لذلك يحدث معظم التصريف البنكرياسي عبر محل لاحق صغير أكثر مما يحدث عبر المحل الرئيس. يحدث تشعب البنكرياس عند 7-10٪ من الناس الطبيعيين وعادة يكون لا عرضياً. يتطور لدى بعض المرضى التهاب بنكرياس حاد أو التهاب بنكرياس مرضي أو ألم بطني لا نموذجي ومن المحتمل أن يكون ذلك بسبب أن التصريف عبر المحل الإضافي يكون مقيداً.

### II. البنكرياس الحلقي ANNULAR PANCREAS:

في هذا الشذوذ الحشي تطوق البنكرياس الجزء الثاني/الثالث من العفج مؤدية إلى انسداد مخرج المعدة تترافق البنكرياس الحلقي مع سوء دوران الأمعاء والانسداد الخلقي والتشوهات القلبية.

### III. التليف الكيسي CYSTIC FIBROSIS:

تتظاهر المعدة المعوية للتليف الكيسي تشمل القصور البنكرياسي و انسداد الأمعاء بالعقي ويمكن أن يحدث أيضاً قرحة هضمية ومرض كبدي وصفراوي.

تكون المعمرات السكرياسية في التليف الكيسي عني بالبروتين والمحاط. تشكل العصارة للرحمة المتاحة سدادة تشد الغضيات السكرياسية مؤدية إلى تدمير مثرى في الخلايا العصبية يكون الإسهال ذهنياً بشكل عام وإن الكتلة الضخمة وكبيرة لحجم من البراز مسؤولة عن حدوث هبوط المستقيم يزداد سوء التغذية بسبب الاحتياحات الاستقلابية للقصور لتعسي. وبسبب الداء السكري الذي يتطور عند 40٪ من المرضى في سن المراهقة. حالياً

كثيراً ما يبقى معظم المرضى على قيد الحياة حتى مرحلة البلوغ. وإن زرع (اعتراس) قلب ورثة يمكن أن يطيل الحياة إلى أمد من ذلك. العلاج الملائم لمريض التليف الكيسي يعتمد على عمل فريق من أجل مقارنة الاحتلاطات التنفسية والتعدوية والكبدية الصغراوية الاستشارة التعدوية والمراقبة مهمة لصمدن تناول أعذية عالية القدرة (الطاقة) بحيث تؤمن 120-150 / من المقدار الموصى به للأشخاص الطبيعيين

تعد الشحوم مصدراً مهماً للحريرات ورغم وجود الاسهال الدهني فإنه يجب ألا يقيد المدخول من الدهون. من الضروري أيضاً تعويض الفيتامينات الدوابة في الدم الأبريمات البكرياسية هموياً وبحرعة عالية ضرورية وذلك بحركات كاهية للسيطرة على الاسهال الدهني وتواتر العائط تساعد مشطاط مصعة البروتون في هضم الدهون وذلك بإحداث PH عمحي ملائم. عادة يتطلب المرضى السكريون حقن إيسولين أكثر مما يتناولون العوامل المموية الخافضة لسكر الدم.

### انسداد الأمعاء بالعقي:

يعكس لسدادات الغنية بالمعاط صمم محتويات الأمعاء أن تسد الأمعاء الدقيقة أو الغليظة. يعالج انسداد الأمعاء بالعقي بالمعامل الحال للمعاط N- أسيتيل سيستين المعطى هموياً أو برحصة غاستروغريفين أو بعسل المعى باستخدام بولي إيثيلين غليكول. قد يكون القطع الجراحي ضرورياً في الحالات المعدة من انسداد الأمعاء بالعقي.

## TUMOURS OF THE PANCREAS

### أورام البنكرياس

نصيب سرطانية البنكرياس 10-15 من كل مئة ألف في المجتمعات العربية. ترتفع إلى 100 من كل مئة ألف عند ذوي الأعمار الأكبر من 70 سنة. يصاب الرجال أكثر بمنزتين من النساء. يترافق هذا المرض مع التدخين و التهاب البنكرياس المزمن. 5-10٪ من المرضى لديهم استعداد وراثي (التهاب البنكرياس الوراثي، MEN، سرطان الكولون الوراثي اللاسيلي (غير مترافق مع داء السليلاوات) وهرمر له HNPCC)

### A. الأمراض:

حوالي 90٪ من أورام البنكرياس هي سرطانات غدية تنشأ من القنوات البنكرياسية. تصيب هذه الأورام البنكرياسية موضعية وتنتقل إلى العقد اللمفية الناحية في مرحلة مبكرة. في وقت تظاهر المرض (اعطائه أعراضاً) فإن معظم المرضى يكون المرض متقدماً لديهم. إن السرطانات الغدية المحلية أو حول المحلية هي أورام نادرة وتنشأ من محل هائل من العنق المجاور وغالباً ما تكون هذه الأورام سلسلة (مرحلية) ومتفرعة وترتفع في العنق إلا أنها تسلك سلوكاً أقل عدوانية من سرطان البنكرياسي العدى. السرطانة الكيسية الغدية نادرة جداً وهي تنمو ببطء وتنشأ عادة من أنسجة منكرياس وتتميز بشكل كيسة معاطة وفي معظم الأحيان يحدث عند النساء متوسطي العمر.



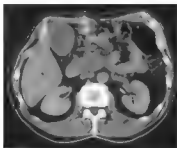


ينتشر قلة من المرضى بالسعال أو آلام سبب انسداد العج أو يتظاهرون بداء سكري و حثار وريدي متكرر أو التهاب بنكرياس حاد أو اكتئاب. يظهر الفحص السريري دليلاً على نقص الوزن وعادة ما يكون هناك كتلة عظمية ناعمة عن الورم يصح أو مرارة محسوسة أو عن الفائل الكبدية. إن وجود مرارة محسوسة عند مريض لديه يرقان عادة ما يكون نتيجة لانسداد صفراوي بعد سرطان بنكرياسي (علامة كوارهورييه {Courvoisier}).

### C. الاستقصاءات:

عندما يتظاهر مريض بقرص ركودي مثبت كيميائياً حيويًا فإن التشخيص يتم عادة بواسطة الإيكو و الـ CT (انظر لشكل 44)، غالباً ما يتأخر التشخيص عند المرضى الذين ليس لديهم يرقان سبب أن الأعراض البادية تكون سبباً غير نوعية. يجب أن يعصم المرضى المؤهلين والذين لديهم أورام صغيرة موضوعة إلى تقييم لمرحلة لتحديد القابلية للعمل الجراحي.

إن تطير البطن مع الإيكو بتطير البطن سوف يحدد حجم الورم واشتعال الأوعية الدموية بالاضافة و مقدار القتل. عند المرضى غير الملانمين للعراحة سبب المرض المتقدم أو حود مرض وبل مراهق أو مرض مصعب فإن الفحص الحثوي أو لحرعة المأخوذين بتوجيه الـ CT أو الإيكو يمكن أن تستخدم لإثبات التشخيص. إن الإيكو بالتطير البطني مع أخذ رشفة بالإبرة الدقيقة FNA يستخدم لتحديد الغزو الوعائي والحصول على دليل حثوي للتشخيص. إن ERCP طريقة حساسة في تشخيص السرطان البنكرياسي وهي ذات قيمة عندما يكون التشخيص مشكوكاً به على الرغم من أن التعريق بين السرطان والتهاب البنكرياس المرض الموضع يمكن أن يكون صعباً. الدور الرئيسي لـ ERCP هو في إحداث قالب (ستنت) داخل القناة الصفراوية الجامعة لتخفيف اليرقان الانسدادي.



الشكل 44: سرطان رأس البنكرياس. الـ CT المحري خلال الحصول على خزعة من كتلة في رأس البنكرياس

الجدول 53: الأورام البنكرياسية الغدية ذات الإفراز الداخلي.		
الورم	الهرمون	تأثيرات
غاسترينوما	غاسترين	فرخة هضمية وإسهال دهني
إنسولينوما	إنسولين	نقص سكر دم متكرر
فيبوما	VIP	إسهال مائي ونقص بوتاسيوم
الغلوكاغويوما.	الغلوكاغون	الداء السكري الحماضي لمرحلة لاحقة
سوماتوستاتينوما	سوماتوستاتين	داء سكري وإسهال دهني.

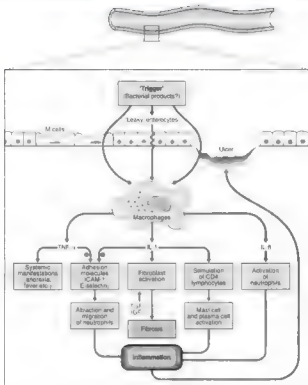
## D. التدبير:

لاستئصال الجراحي هو الطريقة الوحيدة للشفاء الحقيقي لا يسمح العلاج المساعد الكيميائي أو الشعاعي أي فوائد إضافية واضحة. لسوء الحظ فإن معدل 15٪ من الأورام تكون قابلة للاستئصال الشافي حيث أن معظم الأورام تكون متقدمة موضعياً وقت التشخيص عند الغالبية العظمى من المرضى يقوم العلاج على تخفيف الألم وإيقاف الاسدادات. يجرى تسكين الألم باستخدام الأدوية المسكنة وعند بعض المرضى يتم ذلك بتحرير أعصاب لصميرة البطنية وذلك بحقن المينول عبر الجلد أو عبر التنظير وذلك بتوجيه الإيكة يتم تلطيف ليرقان بواسطة اجراء مضاعرة القناة الجامعة بالمنع عند المرضى الملانحين لذلك تستخدم القولية (وضع Stent) عبر التنظير أو عبر الجلد عند المسنين أو عند المرضى الذين يكون المرض عندهم متقدماً جداً. حوالي 25٪ من المرضى الذين يخضعون لاستئصال أورام الجلد أو أورام حول الجلد يبقون على قيد الحياة لخمس سنوات حلاًفاً لمرضى سرطانات لقناة البنكرياسية والذين يبقى منهم 3-5٪ على قيد الحياة لخمس سنوات.

## الأورام الصماوية ENDOCRINE TUMOURS:

وهي تنشأ من السيج الغدي الصماوي العصبي الموجود ضمن البنكرياس ويمكن أن تحدث مترافقة مع عدومات حارات الدرق والعدومات النحامية (MEN1) معظم الأورام الغدية الصماوية غير مفرقة وعلى الرغم من أنها خبيثة فإنها تنمو ببطء، وتعطي نقائل في وقت متأخر. أورام أخرى تفرز هرمونات وتطأهر بسبب تأثيراتها الغدية للصماوية (انظر الجدول 53) الأورام البنكرياسية الغدية الصماوية الغضبية يمكن أن تكون وحيدة إلا أنها كثيراً ما تكون متعددة البؤر وتنشأ من مجموعات أخرى من الخلايا الغدية الصماوية لعصبية المشتقة من سيج لعرف العصبي وتبين مكانها بواسطة الـ CT والآنكو عبر التنظير الباطني.

DTPA الموسوم بـ  $^{111}\text{In}$  حساس جداً في تشخيص الورم الغدي للغلوكاغون Glucagonoma.



الشكل 45: الآلية المرضية المحتملة للداء المعوي الالتهابي. مستضدات غذائية أو حركومية توجد من قبل خلايا M المتخصصة وتغري بين الخلايا لطهارية لراشحة Leaky Epithelial Cells وتدخل إلى الصفيحة المحصورة من خلال المعاطية المتقرحة. تعالج البلمعات ضمن لويحات باير المسند وتعدّد تمرر سلسلة من السيويكيتات بعامل لمجر الورمي لما  $TNF-\alpha$  ينظم حريبت لالتصاق (ICAM 1, E Selectin) يتوضع على البطانة الوعائية ونسب بتصاق العدلات لحائلة في بدورن بالبطانة وهي ثم تغير إلى حدار الأعداء  $TNF-\alpha$  متبؤول نصاً وبدرجه كبيرة عن حدوث القهم والدعث والحصى ومرص لعظم لاستقلابي والتي يتميز بها الداء المعوي الالتهابي. ينظم الأترولوكين 1 أيضاً حريبت لالتصاق وبذلك يساعد في الأعداد بالعدلات بالاصافه أن  $IL-1$  بفعل الخلايا المعافيه  $CD4$  وهي بدورها تمرر  $IL-3$  و  $IL-4$  ولتي تفعل لخلايا البدسة ولحلال الملامية تمرر لخلايا البدية حريبت (العامل الصفيحي المفعول وليوكوسريبت) ولتي بعد ضرورية للالتهاب تمرر لخلايا البلازمية  $IgG$  و  $IgE$  بينه  $IL-1$  خلايا  $CD4$  أخرى لتمرر انترفيرون  $\gamma$  (IFN  $\gamma$ ) وهذا يتسبب في إظهار مستضدات HLA DR على المعاطية المعوية. أخيراً في داء كرون وليس في التهاب القولون القرحي  $IL-1$  و  $TGF-\beta$  و  $IGF-1$  (المفرز من مصادر متعددة) تفعل مولدات الدم وبذلك تقي استقلاب الكولاجين وتبي حدوث التهاب وتشكل تصبقي  $IL-8$  يجذب ويعمل ويرس تحبب العدلات. سحر ابريمات البرونيوار، إسامة وإصاف الأوكسجين الارتكاسي الدم وهذه عبارة عن سموم خلوية وتسبب تفرج السيويكيتات المنظمه  $IL-10$  وعامل النمو المحوّل  $TGF-\beta$ ، لمتحده من هن لنابعات كبيرة و لحلال المعافيه البانية الناصجة تقلل ضبط هذه العمليات الالتهابية. تحدث هذه الطرق عند الأشخاص سببيين لمعرضين لحدثه التهسة ولكنها تكون عندهم معدده لذاتها. عند الأشخاص المؤهين حساً هن سوء تنظم هذه الخطوات يؤدي إلى الداء المعوي الالتهابي المزمن.

## الداء المعوي الالتهابي

### INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

التهاب الكولون القرحي وداء كرون هي أمراض معوية التهابية مزمنة تتبع نمطاً متقطعاً من النكس و لهجوع بعد عادة لسنوات. لهدين المرضين تشابهات عديدة ومن المستحيل أحياناً التمييز بينهما بوجود احتلاهب حاسم وهو أن التهاب الكولون القرحي يصيب فقط الكولون بينما يمكن لداء كرون أن يصيب أي جزء من لسميل لمعدي المعوي من الفم حتى الشرح. إن معدل حدوث الداء المعوي الالتهابي (IBD) يختلف بين الشعوب على نحو واسع. يبدو أن داء كرون نادر جداً في العالم النامي وعلاوة على ذلك فإن التهاب الكولون القرحي على الرغم من أنه لا يزال غير مألوف إلا أنه أكثر شيوعاً. إن معدل حدوث التهاب الكولون القرحي في العرب ثابت عند 10 من مئة ألف بينما يزداد معدل حدوث داء كرون وهو الآن 5 - 7 من كل مئة ألف. الأكثر شيوعاً أن كلا من المرضين يبدأ في سن الشباب مع ذروة حدوث ثانية في العقد السابع.

#### A. الآلية المرضية:

إن كلا من العوامل الحسية والبيئية متورطة في الآلية المرضية (انظر الجدول 54)، تشمل لحوادث الحلوية المتورطة في الآلية المرضية لداء كرون و التهاب الكولون القرحي تفعيل البالعات والخلايا اللمفاوية والحلايا مخصصة النوى مع تحرر الوسائط الالتهابية وهذه لحوادث توصح أهداف المداخلة العلاجية المستقبلية (انظر الشكل 45).

#### B. التشريح المرضي:

في كلا المرضين يرتشح الحداد المعوي بحلايا التهابية حادة ومزمنة توجد احتلاهب مهمة في توزيع المرض وفي المظاهر النسيجية (انظر الشكل 46).

#### 1. التهاب الكولون القرحي:

يشكل دلت فإن الالتهاب يشمل المستقيم (التهاب المستقيم) قد يمتد للأعلى ليصيب الكولون لسمي (التهاب المستقيم والسمي). وعند القلة يصاب كل الكولون (التهاب الكولون الشامل) تكون الإصابة الالتهابية متواصلة (مدمجة دون انقطاع) وتكون أكثر شدة كلما اتحبنا بالاتحاد القاصي

في لتهاب الكولون الشامل طويل الأمد فإن الأمعاء تصبح قصيرة وتنطور سليلات كاذبة وهذه تشكل لمحاظبه المتبقية الطبيعية أو ممرطة التصنع الموحودة ضمن مناطق من الضمور نسيجياً تكون العملية الالتهابية محدودة

بالمحاطية وتنف عن الطليقات الاعمق من حدار المعى (انظر الشكل 17-4). ترتشح كل من الخلايا الالتهابية لحادة والمزمنة في الصميجة المحصورة والحنايا (التهاب الحنايا).

تكون جراحات الحنايا نموذجية. تفقد الخلايا الكاسية مخاطها وفي الحالات طويلة المكث تصبح العدد مشوهة تتميز عسرة التشنج بتكوم Heaping الخلايا صمن الحنايا وبالإلتهابية النووية وريادة سرعة ومعدل الانقسام لمتيلي وهذا قد يندر يتطور سرطان الكولون.

## i

## الجدول 54: العوامل المترافقة مع تطور الداء المعوي الالتهابي

جينية (مورثية)،

• أكثر شيوعاً عند اليهود الأشكناز.

• 10 / لديهم أقارب درجة أولى مصابون بالداء المعوي الالتهابي أو على الأقل لديهم قريب حميم و حد لديه داء معوي التهابي.

• توافقية عالية بين التوائم الحقيقية

• التوافق مع التهاب يندرق لمعدى الداءى و SLE

• أربع مناطق رباط عن الصميجات 16 12 6 14 (4 IBD)

• HLA-DR103 تنرفق مع التهاب كولون قرحى شديد

• مرضى التهاب الكولون القرحى داء كرون مع HLA B27 من الشائع ان يتطور لديهم التهاب فقر لاصق

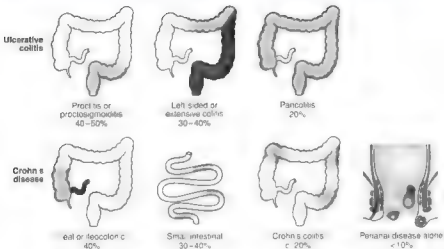
بيئية

• التهاب الكولون قرحى كثر شيوعاً عند غير المدخنين وعند المدخنين الصميجين

• معظم مرضى داء كرون مدخنين (خطورة نسبية 3).

• تنرفق مع الداء لعنى بالسكر المركز وقتيل المصلاات

• استئصال المرئيه الدودية يحفى من التهاب الكولون المرعى



الشكل 46: الأمعاء الشائعة لتورع المرض في الداء المعوي الالتهابي التراكب في التورع شائع في داء كرون.



الشكل 47: التهاب الكولون القرحي نسيجيًا الالتهاب محدد في المحاطية مع خلايا التهابية رائدة في الصفيحة المخصوصة.

وفقد خلايا الكأسية وخراجات الخبايا (السهم).

## 2. داء كرون.

الموقع الأكثر شيوعاً من حيث الإصابة حسب ترتيب بوابها هي اللغائفي الانتهائي والحجاب الأيمن من الكولون. الكولون لوحده. اللغائفي الانتهائي لوحده. اللغائفي والصائم بشكل مميز يكون كامل حدار المعى متودماً وثخيناً. توجد فرحات عميقة تبدو غالباً كشقوق حطية لذلك فإن المحاطية بينها توصف بالحجارة المرصوفة قد تنقسم لفرحات العميقة عبر حدار المعى لتبدأ بتشكيل الحراجات أو الواسير. قد تتطور الواسير بين العرى المعوية المتحورة أو بين القطع المصابة من المعى وبين المثانة أو الرحم أو المهمل وقد تظهر حول الشرج. بشكل مميز تكون لتبدلات بقعية حتى عندما تكون قطعة صغيرة نسبياً من الأمعاء مصابة فإن العملية الالتهابية تكون متقطعة بحرار من محاطية طليعية ويكون الانتقال من الجزء المصاب إلى الجزء الطبيعي بشكل معاجز.

الأفة الصغيرة المنعزلة عن منطقة العظمى المصابة يشار إليها بالأفة القاصرة Skip Lesion". تكون العقد المعوية لمساريقية متصحة ومساريقا متثنية. سببياً يرى الالتهاب المرمى عبر كل طبقات حدار المعى والذي يكون شحياً نتيجة لذلك (انظر الشكل 48) توجد تكدسات موضعة من الخلايا الماسجة الظهارية والتي قد تكون محاطة بخلايا لموية وتحوي خلايا عرطلة. ترى أيضاً التكدسات اللعماوية أو الحبيومات الصغيرة وعندما تكون قريبة من سطح المحاطية فإنها غالباً ما تنقرح لتشكل فرحات صغيرة جداً شبيهة بالقلاع.

## C. المظاهر السريرية.

## 1. التهاب الكولون القرخي.

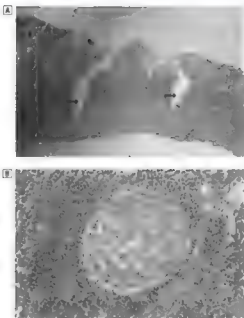
عادة تكون الهجمة الأولى هي الأشد وبعد ذلك يتبع المرض سوب نكس وسوب هجوع

فقط قلة من المرضى لديهم أعراض مرمية غير هاجمة الشدة العاطفية والإنتان العرضي و التهاب المعدة والأمعاء أو العلاج بالصادات أو بعصادات الالتهاب اللاسيرونيديدة قد تحرض النكس تعتمد المظاهر لسريرية على مكان وهذلية المرض. يسبب التهاب المستقيم دهاً مستقيماً ونجيجاً محاطياً يترافق أحياناً برحير. يحدث لدى بعض المرضى برار متردد مائي قليل الحجم سبباً يكون لدى الآخرين إمساك وبرار حبيبي (شكل كرات صغيرة). لا تحدث أعراض بنيوية.

يسبب التهاب المستقيم والسلس إسهالاً مدمى مع محاط. تقريباً كل المرضى تكون حالتهم حسنة من ناحية السببية ولكن القلة القليلة الذين لديهم مرض محدود وهعال حذاً يتطور لديهم حمى ووسم وعدم ارتياح بطني.

يسبب لتهاب الكولون الواسع إسهالاً مدمى مع مرور محاط. في الحالات الشديدة يحدث قهم ودعت ونقص وزن وألم بطني ويكون المريض في حالة سمة مع حمى وتمرع قلم وعلامات التهاب بريتن (انظر الجدول 55)





الشكل 48: داء كرون مسيجيا ٨. التهاب عابر للجدار يوجد تقرح مع فقد الظهاريه المسطحية وقرحات شقية (على شكل شقوق) عميقة تمتد إلى تحت المخاطية (الأسهم). B. التكبير الأعلى يرى حبيوم غير تجسي مميز.

i

الجدول 55: تقييم شدة المرض في التهاب الكولون القرحي.

شديد	خفيف	
أكثر من 6	أقل من 4	التواتر المعوي اليومي
+++	/+	دم في البراز
أكثر من 400	أقل من 200	حجم البراز (ع/24 ساعة)
أكثر من 90	أقل من 90	المبيض/د
$37.2 <$ يومي لأربعة أيام	طبيعية	الحرارة (م°)
دم في اللعنة	طبيعي أو مخاطية حبيبية	تضيق السين
عمي متوسع و/أو جزر مخاطية	مُسَمَّه	صورة شعاعيه للسطح
أقل من 100	طبيعي	هيموغلوبين غرل
$30 <$	مُسَمَّه	ESR (ملم/سا)
$30 >$	$35 <$	اليومين المصل غرل

## 2. داء كرون.

يعتمد لتظاهر على الموضع الرئيسي للإصابة تسبب إصابة اللغائض المأ بطشاً وذلك شكل رئيسي سبب لانسداد المعوي تحت الحاد على الرغم من أن الكتلة الالتهابية أو الخراجة داخل الطى أو لانسداد الحاد قد يكون مسؤولاً عن ذلك.

عالمياً ما يترافق الألم مع اسهال مائى لا يحوي دماً أو مخاطاً. تقريباً كل المرضى لديهم نقص وزن وعادة يكون ذلك سبب تحسين الطعام حيث أن الأكل يحرص الألم لديهم. قد يكون نقص الوزن نضحاً أيضاً عن سوء الامتصاص ويتظاهر بعض المرضى بمظاهر عوز الدهون أو البروتين أو الفيتامين.

يتظاهر التهاب الكولون في داء كرون بطريقة مشابهة لالتهاب الكولون القرحي وذلك باسهال دمى مع مرور مخاط ووجود أعراض بيوية تشمل النوس والدعث والقهم ونقص الوزن. إن عدم إصابة المستقيم ووجود المرض حول الشرج هي مظاهر تتماشى مع داء كرون أكثر مما تتماشى مع التهاب الكولون القرحي.

يتظاهر العديد من المرضى بأعراض مرض الأمعاء الدقيقة ومرض الكولون كليهما القليل منهم لديهم مرض حول الشرج معرول أو قيء من نصيقات صائمية أو تقرحات هموية شديدة. يظهر الفحص الميزياني غالباً دليلاً على نقص الوزن وفقر الدم مع التهاب لسان والتهاب راوييتي الصم يوجد مصص بطسي أكثر ما يكون وصوحاً فوق المنطقة المنتهية. قد نحدث كتلة بطنية باحمة عن العرى المتلدة للمعي المنتشر أو عن جراح داخل لطن. توجد مياسم جلدية Skin tags حول الشرج أو شقوق أو بواسير حول الشرج على الأقل لدى 50٪ من المرضى.

## D. الاختلاطات.

## 1. المعوية:

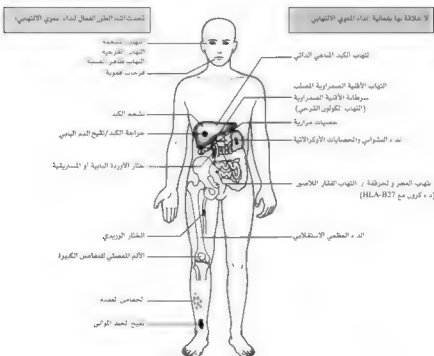
● التهاب الكولون الشديد المهدد للحياة. يحدث هذا في كل من التهاب الكولون القرحي و داء كرون في الحالات الأكثر شدة يتوسع الكولون (الكولون العرطل السمي) وتعتبر السعوم الجرثومية بحرية عبر المخاطية العليلة إلى لدورس الثاني ومن ثم إلى الدورس الجهازي يحدث هذا الاختلاط بشكل أكثر شيوعاً خلال الهجمة الأولى من التهاب الكولون ويتميز بمظاهر موضوعة في (الحدول 55) الصورة الشععية للطن يجب أن تؤخذ يومياً لأنه عندما يتوسع الكولون المعتصر لأكثر من 6 سم (انظر الشكل 54) فإنه نوجد خطورة عالية لانتقاب الكولون وحدوث التهاب برييتوان معمم ومن ثم الوفاة.

● انتقاب الأمعاء الدقيقة أو الكولون. يمكن لهذا أن يحدث بدون تطور حدوث الكولون العرطل السمي

● النزف الحاد المهدد للحياة: السرف الباحم عن ناكل شريان كبير هو اختلاط نادر لكلا الحالتين.

● **الأساور والمرص حول السرج** لانتصالات الباسوريه بين العرى المعوية المصانه او بين المعى وبين المثانة او لمهمل هي خنثايات نوعه لداء كرون ولا تحدث في التهاب الكولون القرخي. تسبب البواسير المعوية - لمعوية إسهالاً وسوء امتصاص داخمين عن متلازمة العروة العقيمة. يصيب التومور المعوي المثاني اثباتاً دولية متكررة وبيلة غارية. وتسبب الباسور المعوي المهلي مفررات مهبلية عكزه (برازية) التوسر من المعى قد يسبب أيضاً حراشات أو شقوق أو بواسير حول الشرج أو أسكية مستقيمية. وهده قد تكون أحياناً شديدة للعابة ويمكن أن تكون مصدراً لمراضة كبيرة.

● **السرطان** المرصن الدين لديهم التهاب كولون واسع فعال لأكثر من 8 سنوات هم عرضي خطورة زائدة لحدوث سرطان الكولون. الخطورة التراكمية لالتهاب الكولون القرخي قد تكون مرتفعة حتى 20٪ بعد 30 سنة لكنها من المحتمل أن تكون أقل بالنسبة لالتهاب الكولون في سياق داء كرون. تتطور الأورام في مناطق عسر التمسح وقد تكون متعددة. السرطان العدي للأععاء الدقيقة هو اختلاط نادر لاصابة الأععاء الدقيقة طويلة الأمد في سياق داء كرون.



لذلك يوصف مريض التهاب الكولون الواسع طويل المكث على برامج مراقبة بتطير الكولون تبدأ بعد 8-10 سنوات من التشخيص.

تؤخذ جرعات عشوائية متعددة كل 10 سم من كامل الكولون وتؤخذ جرعات اصافية من المناطق المرتفعة أو المنخفضة تصنف تبدلات عسرة التمسج في درجات بواسطة النشروع المرضي إلى درجة منخفضة أو درجة مرتفعة إن تقييم الحركات أمر شخصي ووجود الالتهاب الفعال يجعل تحليل عسرة التمسج صعباً جداً. لمريض الدين ليس لديهم دليل على وجود عسرة تمسج أو الدين لديهم فقط عسرة تمسج منخفضة الدرجة بمحصول كل سنة أو كل سنتين بينما أولئك الذين لديهم عسرة تمسج من الدرجة المرتفعة يجب أن يؤخذوا بعين الاعتبار من أجل استئصال كامل الكولون والمستقيم بسبب الخطورة العالية لتطور سرطان الكولون.

## 2. خارج معوية:

يمكن أن يفتر الداء المعوي الالتهابي كمريض جهازى وبعد بعض المرضى تسيطر الاحتلالات خارج المعوية على الصورة السريرية. بعض هذه الاحتلالات يحدث خلال نفس المرض المعوي. احتلالات أخرى تحدث دون ارتباط مع فعالية المرض المعوي (انظر الشكل 49).

## E. التشخيص التفريقي (انظر إلى الجدولين 56 و 57)

### 1. التهاب الكولون القرصي:

الصعوبة لتشخيصية الرئيسية هي في تمييز الهجمة الأولى لالتهاب الكولون الحاد عن الانتان. على العموم فإن الإسهال الذي يستمر أكثر من عشرة أيام في الأقطار العربية من غير المحتمل أن يكون ناتجاً عن إتان. قصة سفر لخارج (دولة أجنبية) أو التعرض للمصادر (التهاب الكولون العشائي الكذب) أو التماس لحسني المتماثل. كل ذلك يقترح الانتان. إن المعص المحجري للبراز ووزع المرار والمعص من أجل كشف سم المطلية الصمعة أو المعص لتحري البويض والكيسات وتطير السين وحرارة المستقيم ووزع الدم والاحتبارات المصلية للانتان. كل ذلك يكون مفيداً.

### 2. إصابة الأمعاء الدقيقة في داء كرون:

يمكن عادة لداء كرون أن يشخص بثقة بدون اثبات مسعى في حال الوضع السريري الملائم. إن تفرسة لكريات البصاء، الموسومة بالإندنيوم أو بالنكتسيوم قد تساعد في تحديد الأجزاء المعوية المتهبة في لحالات غير المودجة فإن الخزعة أو القطع الجراحي ضروري لاستبعاد الأمراض الأخرى (انظر الجدول 57) هذا يمكن أن يحري بالنتظر لباطني عمر تبيب اللثامني بتطير الكولون ولكن احكاماً يكون من الضروري إجراء فتح بطن أو تطير بطن مع إجراء قطع أو خزعة كاملة الشحابة.

i

الجدول 56: الحالات التي يمكن أن تقلد التهاب الكولون القرحي أو التهاب الكولون في سياق داء كرون.

إنتانية،	فيروسيّة.
• سلّموبلا.	• التهاب المستقيم بالحلا البسيط.
• لشيملّا	• التهاب المستقيم بالكلاميديا.
• كامبيلوباكتر لصائمية	• الحمة المضخمه للخلايا CMV.
• E.coli 0:157.	أوالية،
• التهاب المستقيم بالمكورات البنية.	• الأميبيا.
• التهاب الكولون الغشائي الكاذب.	
غير إنتانية	أميبية،
ومالية،	• مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية.
• التهاب الكولون الإقفاري.	ورمية،
• التهاب الكولون الشعاعي.	• سرطان الكولون.
• <i>سحبولة المسبب:</i>	أخرى:
• التهاب الكولون الكولاجيني.	• التهاب الرتوج.
• داء بهجت.	

i

الجدول 57: التشخيص التفريقي لإصابة الأمعاء الدقيقة في داء كرون.

• أسباب حرة لكتلة في الحمرة الحرقمية البمي	• التهاب العمى اسديريه
• سرطان الأعور.*	• الداء الحوضي الالتهابي.
• حراج زائدي.*	• اللفظوما.
• بكتن (تدرون، بريسما، الفطار الشمي Actinomyces).	
* شامل، الأسباب الأخرى نادرة.	

F. الاستقصاءات:

وهي تثبت لتشخيص وتحدد تورع المرض ومعالته وتعلن الاحتلالات الموعية

I. الاختبارات الدموية.

ينجم فقر الدم عن المرف أو عن سوء امتصاص الحديد أو حمض الفوليك أو فيتامين B12. بهيطة تركيز الأنومين المصلي نتيجة للاضلال المعوي المصليع للبروتين وذلك بعكس وجود مرض فعال وواسع أو بهيطة نتيجة لسوء التغذية ترتفع ESR في السمورات أو بعيب حراج. ارتفاع تركيز CRP معيد في مر قبة فعالية داء كرون.

## 2. الدراسات الحرثومية:

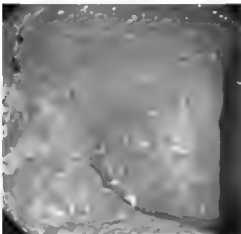
بحرى رزوع لمرار لاستبعاد الإنتان المعوي الانتهازي (العارض على المرض الأصلي) عند المرمى اللى ينظاهرون بمسورات الءاء المعوى الالتهابى.

يصح أيضاً برزوع الءم عء المرمى اللى لءىهم التهاب كؤلون معروف أو اللى لءىهم ءاء كرون وءطوّر لءىهم ءمى.

## 3. الءنظىر الباطنى:

إن ءنظىر السىى مع أءء ءرعاء هو اسءقصاء سىط وأساسى لكل المرمى اللى ينظاهرون بإسءال (انظر الشكل 50). عءم إصاءة المسءقىم والمرمى ءول الشرح والقرحاء المءرفقة ءقنرح وءوء ءاء كرون أكءر عءا ءقنرح وءوء التهاب الكؤلون القرحى.

قء بطهر ءنظىر الكؤلون الءهاباً فعلاً مع سلللاء كاءبة أو كارسىنوما مءءلطة ءؤءء ءرعاء لءءءء امءاء المرمى ءىء أن ءقىىم امءاء المرمى بكون باقصاً بالاعءماء فقط على المظاهر المشاءة بالءنظىر الباطنى. وكءلء ءؤءء الءرعاء للبعء عن عسرة الءسء عء المرمى اللى لءىهم التهاب الكؤلون طوئل الأمء



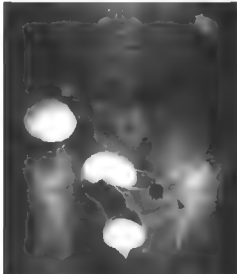
الشكل 50: مءظهر سنظىر السىى لالتهاب كؤلون قرحى ءمال بشكل مومسظ المءءلطة ءمامه وهشة مع ءرف الأوعىء ءموىة بءء المءءلطة لم ءءء مرءة.

في التهاب الكولون القرحي فإن الشدودات المشاهدة بالمعص العياني والنسحي تكون مدمجة (مستمرة دون انقطاع) وأكثر شدة في الكولون البعيد والمستقيم.

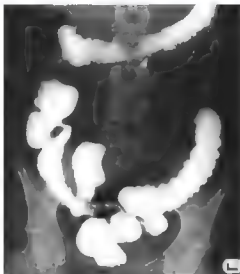
لا يحدث تشكل لتصيق في عياب السرطان. في التهاب الكولون في داء كرون فإن الشدودات المشاهدة بالتصوير الباطني تكون بعمية مع وجود محاطية طبيعية بين مناطق الشدودات وتكون القرحات الشبيهة بالقلاع أو القرحات الأعمق والتضيقات شائعة.

#### 4. دراسات الباريوم:

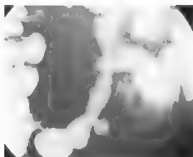
إن رحصة لباريوم هي استقصاء أقل حساسية من تصوير الكولون في استقصاء التهاب الكولون في التهاب الكولون القرحي طويل الأمد فإن الكولون يكون قصيراً ويمتد الشيات (القمبيات) ليصبح أسوياً وتشاهد السليبات الكاذبة. (انظر الشكل 51) في التهاب الكولون في داء كرون تحدث سلسلة من الشدودات. قد تكون المظاهر معاملة لتلك المشاهدة في التهاب الكولون القرحي ولكن الأوهات القاهرة والتضيقات والقرحات الأعمق تكون مميزة (انظر الشكل 52). «الحرر Reflux» إلى اللمانفي الانتهائي قد يظهر التصيق والقرحات تكون دراسات التباين للأمعاء الدقيقة طبيعية في التهاب الكولون القرحي ولكن في داء كرون تكون المناطق المصابة متضيقة ومتقرحة وتكون التضيقات المتعددة شائعة (انظر الشكل 53).



الشكل 51 رحصة الباريوم تظهر كولونا قصيرا وفقداناً للثنيات والسليبات الكاذبة والتقرح الدقيق (السهم)



الشكل 52: داء كرون للعالمى الكولوني رحمة لباريوم تظهر مستقيماً وكولون سيبي طبيعى النقرح القلاعى المودحي في كرون لبارل النقرح (السهم) وهقد الثبات في الكولون المعترض الكولون المساعد والأصور طبيعىان ويوجد داء كرون مودحي يصيب القلاعى الاثناني مع نقرح حش وفساوة وهقد الطيات المعاطية



الشكل 53: متابعة لباريوم تظهر إصابة العالمى الاثناني في داء كرون

##### 5. الصور الشعاعية البسيطة.

إن الصورة الشعاعية للملأ أساسية في تشخيص المرض الذى يتظاهر بعرض فعال شديد. في التهاب الكولون قد يوجد توسع في الكولون (انظر الشكل 54) أو وذمة في المعاطية ( بصمة الإهمام) أو دليل على الانتفاخ. في إصابة الأمعاء الدقيقة بداء كرون قد يوجد دليل على امتداد الأمعاء أو انرياح العرى المعوية بكتلة.

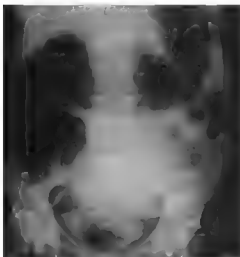


## 6. التمرينات بالتوكليد المشع:

تظهر تمارينات الكونيات النيص الموسومة بالمشع مناطق الالتهاب الفعال. وهذه أقل دقة من طرق التصوير الأخرى مع نوعية قليلة ولكن قد تكون مفيدة عند المرضى ذوي المرض الشديد والذين من الأفضل تجنب الاختبارات الغازية لديهم.

## 7. MRI.

التصوير بـ MRI دقيق جداً في وصف الإصابات الحوضية والمعوية في داء كرون .



الشكل 54 صورة شعاعية بسيطة للبطن تظهر كولونا متوسعا بشدة ناجما عن التهاب الكولون القرحي الشديد

## G. التدبير:

يعتمد لعلاج الأمعاء على مشاركة فريق يشمل الأطباء والجراحين والشعاعيين وحمراء التغذية إل كلاً من التهاب الكولون القرحي و داء كرون هما حالتان تدومان مدى الحياة وتسببان اضطرابات نفسية اجتماعية. المستشارون ومجموعات دعم المريض لهم أدوار مهمة في التشخيص وإعادة الطمأنينة والعلاج الساجح. إن المفتاح لهذه الأهداف هو:

- علاج النوب الحادة.
- منع المكس
- تحديد السرطان في مرحلة باكرو
- اختيار مرضي الجراحة.

## 1. العلاج الدوائي لالتهاب الكولون :

إن مبدئ العلاج الدوائي متشابهة في التهاب الكولون العرصى و التهاب الكولون في داء كرون وهذه تعتمد على علاج المرض الفعال ومنع النكس.

## التهاب الكولون المعال: الستيروئيدات القشرية هي خط العلاج الأول

يجب أن يدير التهاب المستقيم والسيل بالرحصات الستيروئيدية الرعوية أو السائلة المحتبسة والتي يكون فيها الامتصاص الجهازى للستيروئيد غير مهم من الناحية السريرية.

المرضى الذين لديهم التهاب مستقيم وسيل فعال حاداً وأولئك غير القادرين على حسن (حصر) الرحصات وأولئك الذين لديهم التهاب كولون واسع فعال، جميعهم يحتاجون إلى ستيروئيدات قشرية عن طريق الهم.

يعطى الريدبيرولون 40-60 ملع/اليوم عن طريق الفم لأسبوعين ومن ثم ينقص ببطء خلال 8 أسابيع، يمكن أن يعالج التهاب الكولون المعال الشديد بميثيل پردنيزولون وريدي 60 ملع يومياً عن طريق لتسريب عندما يحدث التحسن يحول المرضى الى نظام تحميص بالريدنيزولون المعوي، إن الاحتلاطات لجهازية لستيروئيد مثل شدلات المراج والعد وزيادة الوزن وعسر الهضم (dyspepsia) شائعة ولكنها تروى بانقاص الجرعة

يجب تجنب العلاج المرتفع الجرعة وطويل الأمد سبب أخطار الاحتلاطات الأكثر شدة لستيروئيد مثل داء العظم الاستقلابي والإنتان.

يجب الأحاد بعين الاعتبار عند المرضى الذين يحدث لديهم نكس متكرر بعد أشواط الستيروئيدات أو الذين يحتاجون إلى علاج صيدى بالستيروئيد علاجهم بالأزاثيوبرين (1.5-2 ملع/كع من وزن الجسم يومياً)، هذا الدواء مثبط للمناعة يمنع تأثيره الأعظمي فقط بعد 4-12 أسوع وربما يجب الاستمرار بالعلاج بالستيروئيدات القشرية متى هذا الوقت يحتلط العلاج في بعض الأحيان بتثبيط نقي العظم أو العثيان أو الإقياء أو الألم العصبي أو التهاب البنكرياس الحاد.

في بعض الأحيان تكون العوامل المصادرة للاسهال (فوسفات كودئين أو لوبيراميد أو دي هيوكسيلات) معيدة ولكن يجب تجنبها في المرضى المعال الشديد.

المحافظة على الهجوع. وهذا مسمى على استخدام 5 امينوساليسليك أسيد (5-ASA) والذي يعمل بتعديل لفعالية المعوية، لالتهابية. تتحرر تراكير عاليه من 5-ASA إلى الكولون باستخدام مستحضرات الميسالارين أو السالارين وهذه قد حلت محل الميسالارين الذي يملك تأثيرات جانبية أكثر. الميسالارين هو شكل مغلف معوياً وفيه يتحرر 5-ASA بسطه من الغلاف ذو السواغ السللوري أو المعتمد على الـ PH. يتألف الأوليسالارين من حريثين 5-ASA مرتبطتين برابط أزو Azo Bound لتلائم تحررها الى الكولون

إن الرحصات المحتبسة أو السائلة من 5 ASA متوفرة أيضاً وهي فعالة مثل الرحصات الستيروئيدية في علاج التهاب المستقيم الفعال.

## EBM

## التهاب الكولون القرصي - دور حمض 5-أمينوساليسليك (5-ASA):

أفضل يستعمال 5-ASA

## 2. العلاج الدوائي لإصابة الأمعاء الدقيقة في داء كرون .

العلاج الدوائي للمرضى الفعال مبني على استخدام الستيروئيدات القشرية هموياً (مريدنيرون 30-40 ملغ يومياً) تخفض خلال 6-8 أسابيع.

المرضى الذين يستجيبون للعلاج ومع ذلك يحدث لديهم نكس متكرر بعد إيقاف الستيروئيد أو المرضى المعتمدين على الستيروئيد هانهم يعالجون بالأزاثيوبرين (5-1-2 ملغ/كغ من وزن الجسم يومياً). يمكن التغلب على التأثيرات الحاسية للستيروئيد باستخدام budesonide وهو عبارة عن ستيروئيد صناعي قوي يقلل التهاب المعاطية (9 ملغ منه تكافئ 30 ملغ من بريدنيزولون) بعد الامتنعاص بحضن الدواء لاستقلاب واسع في سرور الأول في لكبد هيكون نشيط فشر الكظر أصعرباً وتكون التأثيرات الحاسية للستيروئيد محفصة.

بعض المرضى يستجيبون بشكل غير كاف للستيروئيدات والأزاثيوبرين وعند هؤلاء فإن الأدوية الأخرى المثبطة للمناعة مثل الميثوتركسات أو الأدوية المعدنة للمناعة لها دور في العلاج.

تحدث الأجسام المضادة لـ TNF- $\alpha$  (إنفليكسيماب infliximab) هجوعاً عند 70-80٪ من المرضى المعدين على الستيروئيدات وهذا الدواء معيد بشكل خاص في شفاء المواسير المراقبة لداء كرون .

لسوء الحظ فإن معظم المرضى يحدث لديهم نكس بعد حوالي 12 أسبوع وتسمرب إنفليكسيماب إصابته في هذا الوقت قد يسبب ارتكاسات تأقية :الأدوية الأخرى المعدلة للمناعة المهندسة وراثياً الموجهة ضد مراحل أخرى في شلال الالتهاب (انظر الشكل 45) ستكون متطورة بشكل مفري.

## EBM

## داء كرون - دور الأزاثيوبرين:

أظهرت ست تجارب فحص دور الأزاثيوبرين في الصيانة في داء كرون (136 مريض تلقوا أزاثيوبرين 186 مريض تلقوا الدواء الفعول) أظهرت أن العلاج الفعال أفضل من الدواء الفعول.

## EBM

## داء كرون - دور الأشداد وحيدة الفسيلة:

تحدث بعلاج بالصد المضاد لـ TNF (Infliximab) هجوعاً سرربا عند 81.9٪ من مرضى داء كرون المعدين على العلاجات التقليدية. لتحصية للستيروئيدات القشرية هذا بالمقارنة مع معدل هجوع 16.7٪ في لشاهد مع الدواء الفعول ( $p < 0.001$  و NNT 3). في بحره مفضله 6٪ من المرضى المتلقين infliximab مقاربه 26٪ من أولئك المتلقين للدواء الفعول شفتت لديهم نواسير كرون المعوية الجلدية.

## 3. مرض العظم الاستقلابي:

إن مرضى الداء المعوي الالتهابي خصوصاً أولئك المحتاحين لأشواط متكررة من الستيروئيدات وأولئك سيئي التغذية لديهم خطورة مهمة لروال التمعدن مؤدياً لقمص العظم Osteopenia (ترقق العظام) ونحلول العظام وخطورة عالية للكسور.

## 4. العلاج الغذائي:

يتم إخضاع العديد من المرضى لبرنامج يدعى (الأعدية المحذوفة) وفيه يتم تجنب أطعمة خاصة. على الرغم من أن بعض مرضى التهاب الكولون يتحسنون على الحمية الخالية من الحليب وقلّة احريس يستعيبون على تجنب القمح إلا أن النصيحة الأفضل لعالية المرضى هي أن يأكلوا غذاءً صحياً متوازياً بشكل جيد ويتجنبوا فقط تلك الأطعمة التي بالتجربة يكون تحملها ضعيفاً.

تشمل الاستثناءات المرضى الذين لديهم تضيقات في الأمعاء الدقيقة والذين يجب أن يتجنبوا البندق والمكسرات والمواكه والحصرات والمينة والتي قد تحرص على انسداد الأمعاء كما تشمل الاستثناءات المرضى الذين لديهم مشاركة بين التهاب المستقيم والأمساك والذين يستفيدون من زيادة الألياف في الغذاء.

إن العديد من المرضى الذين لديهم داء معوي التهابي مرمس شديد يكونون ناقصي التغذية وهؤلاء يتطلبون إعادات ملائمة من الحريرات والبروتين والميتامين والمعادن وهذا مهم بشكل خاص عند الأطفال.

يمكن للعلاج التغذوي النوعي أن يحدث هجوعاً في داء كرون المعال ولكن ليس في التهاب الكولون القرخي لأعدية الأولية والتي تحوي السكاكر البسيطة والشعوم الثلاثية والحموص الأمينية والميتامينات وعضاصر الزهيدة ولأعدية الخلمرة التي تحوي ببتيدات قليلة أكثر من الحموص الأمينية كلا النوعين من الأعدية فعال. يتم تجنب الطعام الطبيعي لمدة 2-4 أسابيع من المعالجة.

توجد طرق تأثير محتملة تشمل تحسين التغذية واستبعاد المستضادات الغذائية وتجنب الألياف لغذائية. لسوء الحظ يكون العلاج العدائي مكلفاً وغالباً ما يكون تحمله ضعيفاً وعادة ما يتلوه نكس للمرض عند العودة إلى الغذاء الطبيعي.

## 5. العلاج الجراحي:

التهاب الكولون القرخي يتطلب 60% من مرضى التهاب الكولون القرخي التوسع الجراحة في آخر الأمر. الاستطبايات مدونة في (الحدول 58).

تتميز نوعية الحياة المضطربة مع التأثير على الحياة المهنية والاجتماعية والعائلية هي الأكثر أهمية لهذه المعالجة تشمل الجراحة إزالة كامل الكولون والمستقيم وهي شهي المريض

قبل الجراحة يجب أن يصبح المرضى من قبل الأطباء وممرضات عمليات المعمر والمرضى الذين حصعوا لجراحة مشابهة يكون خيار الإجراء إما استئصال كامل الكولون والمستقيم مع فغر للأنفي (تعميم اللثامي) أو استئصال الكولون والمستقيم مع مفاخرة جيبية لثانوية شرحية. يجب مراجعة الكتب المدرسية الجراحية من أجل معلومات أكثر.



### الجدول 58. استتجابات الجراحة في التهاب الكولون القرحي.

التهاب الكولون الصاعق.	الموعية السببة للحياة.
احتلاطات المرض. غير المستحبة على العلاج الدوائى	• الحسرة المهبية و الثقافية
• التهاب المفصل	• اضطراب الحياة العائلية.
• تقييم الجلد الموائى.	فشل العلاج الدوائى.
سرطان الكولون أو عسرة التسج الشديدة	• الاعتماد على استرويدات القشرية الموية
	• احتلاطات العلاج الدوائى.

داء كرون استتجابات الجراحة مشابهة للاستتجابات في التهاب الكولون القرحي. غالباً ما تكون العمليات ضرورية لمعالجة التواسير والخراجات والمرضى حول الشرح وقد تكون ضرورية أيضاً لتحرير اسداد الأمعاء الدقيقة أو العليظة في أحر الأمر يحتاج 80٪ من المرضى الى شكل ما من التداخل الجراحي ولكن بعلافة التهاب الكولون القرحي فإن الجراحة لا تشمي المرض وبكس المرض هو القاعدة لذلك يجب أن تكون المداخلة الجراحية محافظة ما أمكن لتقلل نقص الأمعاء العيوشة ولتجنب أحداث متلازمة الأمعاء القصيرة

المرضى الذين لديهم أجزاء موصعة من التهاب الكولون لكرون قد يدبرون بقطع قطعي. الآخرون الذين لديهم التهاب كولون واسع يحتاجون الى استئصال كامل للكولون ولكن يجب تجنب تشكيل جيب لعائفي شرطي بسبب الخطورة لعالية لكس المرض ضمن الحيب وتشكل لاحق للتاسور والخراج وقصور الحيب. المرضى الذين لديهم داء كرون حول الشرح يدبرون بشكل محافظ ما أمكن وذلك بتصريف الخراج وتجنب إجراءات القطع أو الأجزاء التصفيفية مرض الأمعاء الدقيقة الاسمدادي أو التوسري قد يتطلب استئصالاً للتصنيف لمصاب أما المرضى الذين لديهم تصفيقات متعددة أو متكررة فيمكن إجراء تصنيع التصفيق Structureplasty لديهم والتي لا يستأصل فيها التصفيق ولكن بدلاً عن ذلك بشق في محوره الطولي ويحيط بشكل مستمر

### 6. تدبير الاختلاطات:

التهاب الكولون الصاعق هو احتلاط مهدد للحياة يتطلب تدبيراً طبياً وجراحياً مكثفاً. يجب أن يراقب المرضى بشكل متكرر من أجل العلامات السريرية لالتهاب السريتوان والحمى وتوسع القلب. يتم توثيق بوابر التفوط وحجمه وتتواجد صور شعاعية بطنية بشكل يومي للبحث عن دليل على توسع سمعي أو انقباض. أيضاً يجب أن يستشار المريض حول إمكانية الجراحة.

إذا لم يحدث تحسن في غضون 5-7 أيام أو إذا تدهور وضع المريض فإنه يجب أن يباشر في استئصال الكولون بشكل إلحاحي.

يتروك المستقيم الأدنى في مكانه من أجل إعادة إنشاء حيب شرطي لعائفي في وقت لاحق الخطوات الأساسية في تدبير التهاب الكولون القرحي الصاعق مدونه في (الجدول 59).



### الجدول 59: تدبير التهاب الكولون القرصي الصاعق.

• السوائل الوريدية.	• دعم غذائي.
• فقر دم $Hb > 100$ غ/لتر	• هبارين تحت الجلد للوقاية من الصمة الخثرية
• ميثيل بريدنيسولون وريدي 60 ملغ يومياً أو الوريدية.	
• هيدروكورتيزون.	• تجنب الأفيونات والعوامل المضادة للإسهال.
• صادرات نالانتان المثبت.	

**المرض حول الشرج:** علاج المرض حول الشرج والذي يشمل الشق والناسور وتشكل الخراج يكون مسبباً على مقارنة محافظة تكون أعراض العديد من المرضى قليلة حتى عندما يكون المرض المرتني شديد طاهرياً عند هؤلاء تكون فواتر المداخلة الطبية والحراحية قليلة وتكون الحموضة السببية للاحتلالات مرتفعة المرضى الذين لديهم مرض حول الشرج مؤلم أو بارحهم يدبرون بالتعاون بين الجراحين والأطباء. لمعالجة بالميترونيدازول أو سيبروفلوكساسين قد تحفز الألم وتربل الانتان تتطلب الجراحات إجراء تصريف لها (تصغير) لكن حموضة الإحراجات الجدرية هي في أنها تؤدي المصبرات المثرجية وتسبب سلساً برازياً، قد يحدث الـ Infiximab هجوعاً في الحالات المعقدة.

## H الداء المعوي الالتهابي في الظروف الخاصة:

### 1. الطفولة:

يمكن لالتهاب الكولون القرصي وداء كرون أن ينطور قبل سن المراهقة يتسبب المرض المرض في فشل النمو ومرض تعظم الاستقلالي وتأخر النمو، أن نقص التواصل المدرسي والاحتماعي بالأصعدة إلى الاستشفاء المتكرر يمكن أن يكون له نتائج نفسية اجتماعية مهمة العلاج مشابه لذلك الموصوف للسالين ويمكن أن يحتاجوا لاستخدام الستيرويدات القشرية والأدوية المثبطة للمناعة وللجراحة، من المهم مراقبة الطول والوزن والتطور الحسي

### 2. الحمل:

عادة لا تتأثر فعالية الداء المعوي الالتهابي بالحمل على الرغم من أن النكس قد يكون أكثر شيوعاً بعد الولادة المعالجة الدوائية التي تشمل أمينوسايسيلات والستيرويدات والأزاثيوبرين يمكن أن يستمر بها بآمان خلال الحمل.

### I. الإنذار:

إن توقع الحياة عند مرضى الداء المعوي الالتهابي مشابه الآن لما هو عليه عند عموم السكان، على الرغم من أن العديد من المرضى يحتاجون إلى الجراحة وإلى القبول في المشفى لأسباب أخرى فإن العافية لديهم سجل عموماً ممتاز ويتابعون حياة طبيعية. حوالي 90٪ من مرضى التهاب الكولون القرصي لديهم فعالية متقطعة للمرض، بينما 10٪ لديهم أعراض مستمرة، ثلث أولئك المرضى مع التهاب كولون شامل يصبغون لاستئصال الكولون في غضون خمس سنوات من التشخيص. حوالي 80٪ من مرضى داء كرون يصبغون للجراحة في مرحلة ما و 70٪

منهم يحتاجون لأكثر من عملية واحدة خلال فترة حياتهم. التكمس السريوي التالي للحراحة لاستئصالية يوجد في 50% من الحالات في غضون عشر سنوات.

### التهاب الكولون المجهري MICROSCOPIC COLITIS:

يعاني بعض المرضى من اسهال مائي نتيجة لالتهاب الكولون المجهري (بالخلايا المعوية) تكون المظاهر الخارجية بتظير الكولون طمعية لكن الفحص الميكي للحركات يظهر سلسلة من الشدود ت يتميز التهاب الكولون الكولاجيمي بوجود عصابة ثينة من الكولاجين تحت المخاطية وتشاهد عدة رشاحة التهابية مرممة. المرض أكثر شيوعاً عند النساء ويكون مترافقاً بالتهاب المفاصل الرثياني والسكري و لداء الزلاقي. يكون لدى المرضى قصة اسهال مائي متقطع ويكون العلاج مبنياً على استخدام الادوية المضادة للاسهال والبيريموت والامينوساليسيلات والرحضات الستيرويدية الموضعية.

### متلازمة الأمعاء الهيجية

### IRRITABLE BOWEL SYNDROME

وهي اضطرابات هضمية وطمعية شائعة للغاية وهي تعرف باضطرابات في وطمية المعى مع غياب مراضية بيوية إن متلازمة الأمعاء الهيجية هي اضطراب معوي وظيفي يكون فيها الألم البطني مترافقاً مع التقوط أو هي تبدل في العادة المعوية مع مظاهر اضطراب الثمر والانتفاخ.

#### A. الوبائيات:

حوالي 20% من عموم السكان يحقق معايير IBS ولكن فقط 10% من هؤلاء يستشيرون أطباءهم بسبب الأعراض الهضمية علاوة على ذلك فإن IBS هو السبب الأكثر شيوعاً للإحالة الهضمية (التحويل إلى أخصائي هضمية) ويعرف إليها التعيب المتكرر عن العمل والنوعية السيئة للحياة. النساء الشابات عالياً هي الأكثر تأثراً يوجد تراكب (تداخل) واسع مع عسر الهضم عسر القرخي ومتلازمة التعب المزمن وعسرة لطمت والتكرار لبولي. نسبة مهمة من هؤلاء المرضى لديهم قصة من الإفراط الميرياني أو الحسنى.

#### B. أسباب المرض:

تشمل متلازمة الأمعاء الهيجية سلسلة واسعة من الأعراض ومن غير المحتمل أن يكون السبب وحيداً بشكل عدم يعتقد أن معظم المرضى تتطور لديهم أعراض استجابة لعوامل نفسية اجتماعية أو لتبدل في الحركية المعوية أو لتبدل الإحساس الحشوي أو لعوامل في لمة الانبوب الهضمي.

#### 1. العوامل النفسية الاجتماعية:

معظم المرضى المشاهدين في الممارسة العامة ليس لديهم مشاكل نفسية ولكن حوالي 50% من المرضى المحوئين إلى المشفى يتواجهون مع معايير التشخيص النفسي سلسلة من الاضطرابات تم تعينها وتشمل القلق والاكتئاب

والتحسب Somatisation والعصاب نوب الدعر شائعة أيضاً من المعروف أن لشدة النفسية لحادة ومرص النفسي الصريح بغير الحركية المعدة المعوبة عند كل من مرضى الأمعاء الهيجوية والبس لأصحاء يوجد زيادة في شيوع السلوك الشاذ للمريض مع استشارات متكررة من أجل أعراض طفيفة

## 2. تبدل الحركية المعوية المعوية:

توجد سلسلة من الاضطرابات الحركية لكن ولا واحدة منها تكون مشخصة، لمرضى الذين يكون لديهم الإسهال هو العرض المسيطر بدون مجموعات من امواج تقلصية صائمية سريعة وصور معوي سريع وزياده في عدد التقلصات الكولونية السريعة والمشتدة. أولئك الذين لديهم الإمساك هو المسيطر لديهم نقص في العصور المعوي الأعوري وانخفاض في عدد موجات التقلصات الكولونية المشتدة ذات السعة العالية ولكن لا يوجد دليل ثابت على الحركية الشاذة.

## 3. الإحساس الحشوي الشاذ:

تترافق متلازمة الأمعاء الهيجوية مع حساسية زائدة للتعدد المعوي المحدث بنفج البالونات في الفاشمي والكولون والمستقيم وذلك نتيجة لتغير معالجة الجهاز العصبي المركزي للإحساس الحشوي.

## 4. عوامل في اللمعة:

بين 10-20٪ من المرضى يتطور لديهم متلازمة الأمعاء الهيجوية بعد نوبة التهاب معدة وأمعاء، بينما قد يكون حزين غير متحملين لعناصر غذائية معينة خصوصاً اللاكتوز والقمح.

## C. المظاهر السريرية:

التظاهر الأكثر شيوعاً هو الألم البطني المعاود (انظر الجدول 60) وهو عادة قولنجي أو ماعص ويشعر به في أسفل البطن ويجب بالتعوط، يسوء الانتفاخ البطني خلال النهار، السب غير معروف ولكنه غير ناتج عن زيادة الغازات المعوية

	الجدول 60: مظاهر متلازمة الأمعاء الهيجوية.
• مخاط شرجي.	• تبدل في العادة المعوية.
• الشعور بأن النفوط غير كامل.	• ألم بطني قولنجي.
	• تمدد بطني

تكون العادة المعوية متبدلة، يحدث لدى معظم المرضى تناوب بين نوب الاسهال والإمساك ولكن من المصد أن تصنف المرضى على أساس مرضى لديهم الإمساك هو المسيطر أو مرضى لديهم لإسهال هو المسيطر.

يميل لنوع الإمساك بأن يمرر برازاً متروك هليل وبشكل كرات صغيرة ويترافق عادة مع ألم بطني أو ألم مستقيمي. المرضى الذين لديهم إسهال يكون لديهم التعوط متردداً ولكنه ينتج برازاً صلب الحجم ونادر ما يكون لديهم أعراض هلبة. مرور المخاط شائع لكن لا يحدث برف مستقيمي



على الرغم من أن الأعراض تكون شديدة بشكل واضح إلا أن المرضى لا يحدث لديهم نقص وزن ويكسبون ببطءاً بوضع حسن. العديد لديهم أعراض وطبيعة أخرى تشمل عسر الهضم والتروء المولي والصداق والم لظهر عسرة الجماع والوم الرديء ومتلازمة التعب المرض. لا يشير المخص المبريائي لى اية شذوذات على الرغم من شيوع الانتفاخ البطلي والمضض المتغير على الجسم.

## D. التشخيص:

تكون الاستقصاءات طبيعية يمكن وضع التشخيص الايجابي شقة عند المرضى ذوي الأعمار الأقل من 40 سنة وبدون الدخوء الى الاختبارات المعقدة يحرى عادة وشكل روتيني تعداد الدم الكامل وESR وتطهير السين. بينما رحصة لباريوم أو تطهير الكولون هيحب أن تحرى فقط عند المرضى الأكبر سناً لاستبعاد السرطان الكولوسي مستقيمي. أولئك الذين يتظاهرون شكل غير نموذجي يتطلبون استقصاءات لاستبعاد مرض معدي معوي عصوي يحرى للمرضى الذين لديهم سيطرة للإسهال استقصاءات لاستبعاد التهاب الكولون المجهري وعدم تحمل اللاكتوز وسوء امتصاص الحموض الصمراوية والداء اللافي والاسمام الدرفي. كل المرضى الذين يغطون قصة لسرف مستقيمي يجب أن يحصلوا لتطهير كولون أو رحصة الباريوم لاستبعاد سرطان الكولون أو لداء المعوي الالتهابي.

## E. التدبير:

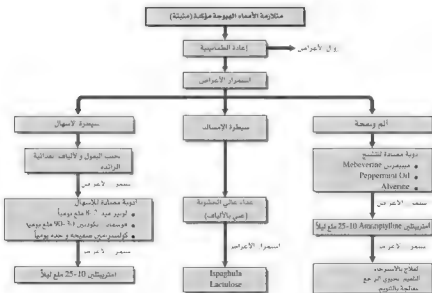
إن الخطوات الأكثر أهمية تكون في الوصول الى التشخيص الايجابي (تأكيد التشخيص) وفي إعادة لطمائية للمريض يكون العديد من المرضى قلقين من أن يتطور لديهم سرطان. وحلقة القلق تؤدي إلى أعراض كولودية والتي تريد القلق أكثر يمكن قطع هذه الحلقة عن طريق الشرح بأن الأعراض غير ناجمة عن مرض عصوي ولكن نتيجة لتبدل حركية الأمعاء وتغير الاحساس المرضى الذين يشلون في الاستجابة بإعادة لطمائية بين العلاج يوضع تبعاً للأعراض المسيطرة (انظر الشكل 55).

المرضى ذوو الأعراض المعتدة يستفيدون أحياناً من العلاج بالمترينثين لمدة أشهر وهو يعطى بجرعات 10-25 مع ليلاً وهي جرعات اخفض بكثير من الجرعات المستخدمة لعلاج الاكتئاب. تشمل التأثيرات الجانبية جفاف الفم والنعاس ولكنها عادة تكون حميدة ويكون تحمل الدواء جيداً، وهو يمكن أن يعمل عبر إنقاص لإحساس الحشوي وعبر تعديل الحركية المعوية المعوية. قد تقلب أدوية أخرى على الشذوذات في سث إشارات Signalling، لـ 5-هيدروكسي ترستامين والتي تم تحديدها عند بعض مرضى IBS وهذه الأدوية تشمل شذات HT4 5 العلاج بالتدويم يحتص به للحالات الأصعب. معظم المرضى يكون لديهم سير من كس وهجوع. السوزات تلو عادة حوادث الحياة المحعدة (Stress) وعدم المرضي المهني والصعوبات في العلاقات بين الأشخاص.

## EBM

## متلازمة الأمعاء الهيجية - دور مضادات الاكتئاب:

ظهرت 6 دراسات عشوائية مرافقة مع الدواء، الفعالية، العلاج بمضاد الاكتئاب ثلاثية الحلقة مرضى الأمعاء الهيجية. مرضى الذين تكون الأعراض الرئيسية لديهم هي الألم والإسهال يستفيدون أكثر. أولئك الذين لديهم الإمساك هو العرض المسيطر يستفيدون بشكل أقل.



## الإلتهز والسبيل المعدي المعوي

## AIDS AND GASTROINTESTINAL

نوقش في فصل آخر.

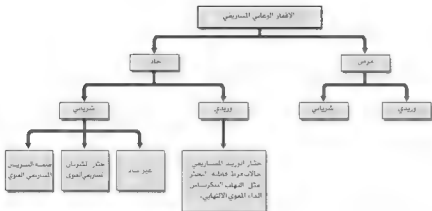
## أذية المعوي الإقفارية

## ISCHAEMIC GUT INJURY

عادة تكون أذية المعوي الإقفارية نتيجة لانسداد شرياني (انظر الشكل 56) إن هبوط الضغط الشديد والقصور الوريدي هي أسباب أقل شيوعاً.

## 1. إقفار الأمعاء الدقيقة الحاد ACUTE SMALL BOWEL ISCHAEMIA

لصمة من القلب إلى الشريان المساريقي العلوي مسؤولة عن 40-50٪ من الحالات. لاقدار عبر كسب التالي لهبوط الضغط ينتج من احتشاء العضلة القلبية أو قصور القلب أو لاضطرابات أو عقد الدم المفاجئ. يتراوح الطيف المرضي من التبدل العابر إلى النوبة المعوية إلى نخر تدريجي عابر للحدار وعائقي.



الشكل 56، أنماط الإقفار الوعائي المساريقي

عادة يكون لدى المريض دليل على مرض قلبي ولاطعمية، ترميزاً يتطور لدى كل المريض المبطى وهو بشكل مميز يكون مؤثراً أكثر من الموحودات المبريائية. في المراحل المبكرة يكون الانتفاخ المبطى هو العلامة لمبريائية موحيدة وتتطور علامات التهاب البريتوان في مرحلة متأخرة تتبحة لتتحر الأمعاء.

من النمودحي أن يوجد ارتفاع في الكريات البيض وحماض استقلابي وارتفاع فوسفات الدم وارتفاع اميلاز الدم. يبيد صور البطن البسيطة (صمة الابهام) الناحية عن الودمة المخاطية، يظهر تصوير الأوعية المساريقية شرايين رئيسية مسدود أو تضيق مع تشنج الأقواس الشريانية على الرغم من أن معظم المريض يحصمون لشق بطن على أساس تشخيص سريري بدون أن يحصموا لتصوير وعائي. إن محتاج خطوات المعالجة هي الإنعاش وإصلاح المرض القلبي والعلاج، لوريدي بالصادات يتبع بفتح البطن إذا أحرى ذلك بشكل مبكر كناية من استئصال الصمة وإعادة البناء النوعاني قد يقد بعض الأمعاء الدقيقة. في هذه الحالات النادرة فإن فتح البطن من أجل (الظرة الثانية) يجري بعد 24 ساعة وتستصل أمعاء متحررة أكثر.

تعتمد نتائج العلاج على التداخل المبكر، المريض المتأخر في مرحلة متأخرة يكون لديهم معدل الوفيات 75٪، ويكون لدى الدجج عجز تعدي عائلأ نسب متلازمة الأمعاء القصيرة ويتطلون دعماً غذائياً مكثماً يشمل أحياناً تغذية وريدية مبرلية. إن زراعة الأمعاء الدقيقة هي علاج واعد عند مرضى متعجين.

## II. الإقفار الكولوني الحاد ACUTE COLONIC ISCHAEMIA:

التهية الطحائية والكولون البازل يملك دوراً حاسماً قليلاً ويتوصعان في مناطق حدية Watershed للتروية الشريانية. طيف الأذية والذي يتراوح من اعتلال كولوني عكوس إلى التهاب كولون عابر وتضيق كولوني وعائري والتهاب صاعق لكامل الكولون. كل ذلك يمكن أن يحدث عادة تكون الصمة الخثرية الشريانية هي المسؤولة ولكن يمكن أن يحدث الإقفار الكولوني أيضاً نائياً لهبوط الصعظ الشديد أو الانسفال الكولوسي أو لفثق المحتق أو لتهاب الأوعية الجهازي أو حالات فرط الحثار يكون المريض عادة مسناً ويتظاهر بدءاً مصحح لالم ماعص في الجانب لأسر لأسفل البطن ونرف مستقيمي عند عائلية المريض فإن الأعراض تروول عموماً بعد أكثر من 24 48 ساعة ويحدث الشفاء في غضون أسبوعين.

يترك البعص مع تضيق تليفي باقي أو مع قطعة من التهاب الكولون. يتطور لدى القلة عاغرين والتهاب برييتوان. يشت التشخيص بتطير الكولون أو رخصة الباريوم واللدبر يجب أن يجري في غضون 48 ساعة من لتظاهر وإلا يمكن للقرحة المخاطية والودمة أن تكونا قد شعيتا.

## III. الإقفار المساريقي المزمن CHRONIC MESENTERIC ISCHAEMIA:

ينتج هذا من التضيق العصيدي والذي يصيب على الأقل اثنين من شرايين المحور الثلاثي، المساريقي العلوي ولساريقي السفلي يتطور لدى المريض ألم كلل ولكنه شديد في أعلى، بطن أو في وسط البطن بعد

الطعام بحوالي 30 دقيقة ينقص وزن المرمضى بسبب النقص من الطعام والمغذاء السنية من الإسهال بشكل ثابت يظهر الفحص الفيريائي دليلاً على مرض شرياني معمم توجد أحياناً بحة بطبية مسموعة ولكنها تكون ووجودة غير نوعية. يؤكد تصوير الأوعية المسارية على الأقل إصابة شريانيي مساريقيين إن إعادة البناء الوعائي ممكنة أحياناً في حال برك الحالة دون علاج فإن العديد من المرمضى يتطور لديهم في نهاية الأمر احتشاء معوي.

## اضطرابات الكولون والمستقيم

### DISORDERS OF THE COLON AND RECTUM

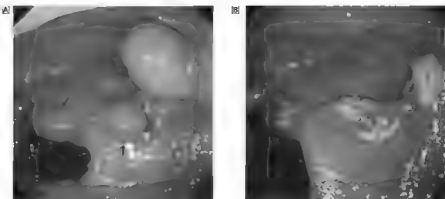
#### TUMOURS OF THE COLON AND RECTUM

#### أورام الكولون والمستقيم

#### 1. البوليبيات والمتلازمات البوليبيية POLYPS AND POLYPOSIS SYNDROMES:

قد تكون البوليبيات ورمية أو غير ورمية. تشمل الأخيرة الأورام العانية والبوليبيات الحؤولية (هرط التسحج) والبوليبيات الانتهاية. وهذه ليس لها احتمال للحنانة. قد تكون البوليبيات وحيدة او متعددة وتتفاوت في الحجم من بضع مليمترات إلى عدة سنتيمترات العدومات الكولونية المستقيمة شائعة للعناية في العالم الغربي ويرداد شيوعها مع العمر 50٪ من لئاس فوق عمر 60 سنة لديهم عدومات وعد نصف هؤلاء تكون البوليبيات متعددة وهي أكثر شيوعاً في المستقيم والكولون البعيد وتكون إما منعقة أو لاطئة. تصنف نميجياً إلى إما ابوبية أو رغابية أو ابوبية رغابية وفقاً للبناء العدي. تكون العدومات عادة لاعرضية وتكشف صدفة تسبب أحياناً برهاً وفقر دم. أحياناً تعبر العدومات الرغابية كميات كبيرة من المحاط مسببة إسهالاً وبضخ بوتاسيوم. غالبية السرطانات تنشأ من العدومات (التسلسل العدومي السرطاني) خلال 5 10 سنوات على الرغم من أنه لا تحمل كل البوليبيات نفس درجة الخطورة. إن المظاهر المتراصة مع خطورة أعلى للحباشة اللاحقة في البوليبيات الكولونية مدونة في (الجدول 61)

إن اكتشاف بوليبي في تنظير السين هو استنباط لتطير الكولون بسبب أن البوليبيات القريبة (في الكولون القريب) توجد عند 40-50٪ من هؤلاء المرمضى. إن استئصال البوليبي عبر تنظير الكولون بحب أن يجري حيثما أمكن ذلك لأن هذا ينقص خطورة السرطان الكولوني المستقيمي اللاحق وبشكل معتبر (انظر الشكل 57).



الشكل 57 البوليبيات الكولونية الغدية. A: قبل استئصال البوليبي التنظيري (الأسهم تشير الى البوليبيات) B: بعد استئصال البوليبيات.

من البوليبيات الكبيرة جداً أو الالائقة والتي لا يمكن إزالتها عبر التنظير الباطني تتطلب الجراحة وعندما تتم إزالة كل البوليبيات فإن الممرضى يجب أن يخضعوا للمراقبة بتنظير الكولون في فترات 3-5 سنوات حيث أنه تنظير بوليبيات جديدة عند 50٪ من الممرضى ذوو الأعمار الأكبر من 75 سنة لا يحتاجون إلى إعادة تنظير الكولون حيث أن خطورة السرطان في فترة حياتهم منخفضة.

تبدى بين 10-20٪ من البوليبيات دليلاً مسيحياً على الحياة عندما توجد الخلايا السرطانية ضمن 2 ملم من حافة البوليبي. مستأصل أو عندما يكون سرطان البوليبي قليل التمايز أو عندما يوجد غزو لمساوي فإنه يوصى بالاستئصال الجراحى (القطعى) للكولون بسبب أنه قد يوجد ورم مسمى أو انتشار لمساوي البوليبيات الحبيثة بدون هذه المظاهر يمكن أن تتابع بالمراقبة بتنظير الكولون.

## EBM

**البوليبيات الكولونية – دور استئصال البوليبي بتنظير الكولون في إنقاص الخطورة اللاحقة لسرطان الكولونى المستقيمي:**

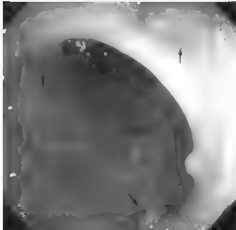
في دراسة (US National Polyp Study) حصى 1400 مريض لمابعة لمدة خمس سنوات بوسيط ثالية لاستئصال البوليبي بتنظير الكولون معدل حدوث السرطان الكولونى المستقيمي كان بشكل جوهري أقل بـ 75٪ من المتوقع تدعم هذه المعطيات الفروية بأن استئصال البوليبي بسطير الكولون يقلل خطورة التطور اللاحق لسرطان الكولونى المستقيمي.

تصنف المتلازمات النولية سيجياً (انظر الجدول 62) يجب أن يلاحظ أن نوليات الأورام العائدية في متلازمة بوتر جيكور وداء النوليات الشباني غير ورمية بعد ذاتها ولكن هذه الاضطرابات تتراكم مع خطورة زائدة تخبيثات معينة مثل خباثات الثدي والكولون والمبيض والدرق.

#### A. داء النوليات الغدومية العائلي (FAP):

وهو اضطراب غير شائع (1 من كل 8000-14000) يتقل بوراثة جسمية سائدة وينتج عن طفرة في جين Grem-Line APC لتحسين المخوحد على الذراع الطويل للصبغي 5 تتشأ 3/1 الحالات كطفرة حديدية دون وجود قصة عائلية. ستتطور المشات الى الآلاف من النوليات الغدومية الكولونية عند 50% من المرضى بعمر 16 سنة (انظر الشكل 58) عند 90% من أولئك المصابين فإنه سينتظر لديهم سرطان كولوني مستقيمي بعمر 45 سنة.

من الشائع أن توجد النوليات الغدومية أيضاً في المعدة (50%) والعمج (أكثر من 90%) والأحيرة أكثر شيوعاً حول محل فائر وقد تحصع إلى تحول حيث إلى السرطان الغدي ترى أيضاً العديد من المظاهر خارج المعوية في FAP وهذه ملخصة في (الجدول 63)



الشكل 58 مظهر لمظهر الكولون في داء النوليات الغدومية العائلي يوجد نوليات صغيرة متعددة في كل مكان (الأسهم)



## الجدول 62: المتلازمات البوليبيدية المعوية المعوية.

غير ورمية			ورمية		
داء كودين	متلازمة كرونكت- كانادا	داء البوليبيات الشبابي	متلازمة بوتز جيكروز	داء البوليبيات العدوية العائلي	
حسدية مسيطرة	لا	حسدية مسيطرة في 3/1 الحالات	حسدية مسيطر	حسدية مسيطر	الوراثية
+	+				البوليبيات المتريية
+++	+++	+	++	+	البوليبيات المعوية
++	++	++	+++	++	بوليبيات الأمعاء الدقيقة
+	+++	++	++	+++	البوليبيات الكولونية
شذوذات خلقية عديدة، أورام غابية جلدية وفموية. أورام ثدي ودرقي.	فقد الشعر، تصبغ الحثل الظفري، سوء الامتصاص.	انظر النص	انظر النص	انظر النص	مظهر آخر



## الجدول 63: المظاهر خارج المعوية لداء البوليبيات العائلي

- كيسات بشرية تحت الجلد (في الأطراف والوجه والفروة).
- شعومات (كيسومات).
- الأورام العظمية الحميدة خصوصاً في الحمضة وراوية الفك السفلي
- الأورام الليفية Desmoid Tumours.
- شذوذات سنية (15-20%).
- حرط النمو الخلقى للظاهرة الصبغية للشبكة.

تحدث لأورام الليفية عند 10% من المرضى وتنشأ عادة في المساريقا أو الحدار البطن على الرغم من أنها حميدة فقد تصبح كبيرة جداً وقد تسبب انصعاط الأعضاء المجاورة وتكون إزالتها صعبة يمكن أن يرى حرط النمو الخلقى للظاهرة الصبغية للشبكة كإفادت شبكية مصطبغة داكنة ومدورة. عندما تتظاهر عند شخص يعمل عوامل الخطورة فإنها تكون مشعراً 100% لوجود FAP.

سرنياً يوجد أشكال مختلفة عديدة من FAP تشمل متلازمة غاردر ومتلازمة بوركوت و FAP المخفف (Attenuated FAP) والتي يوجد فيها بوليبيات قليلة جداً ويتأخر هيها تطور السرطان في متلازمة غاردر تكون المظاهر خارج المعوية الحميدة هي المسيطرة بالأخص الكيسات البشرية والأورام العظمية. اعتقد سابقاً أن



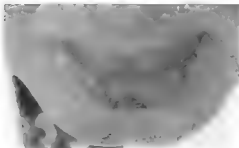
متلازمة تاركوب هي كبدية حبيبية مبررة ولكن معظم المرضى لديهم أيضاً طفرات APC تتميز المتلازمة بـ FAP مع أورام دماغية (ورم الحلايا الحمية أو ورم الأرومه النخاعية).

### التشخيص والتدبير:

في الحالات المشخصة حديثاً مع طفرات جديدة فإن الاختبار الحيوي بواسطة تحليل تسلسل لـ DNA يشهد لتشخيص وجميع الأقرباء من الدرجة الأولى يجب أن يخضعوا أيضاً للاختبار. عدد العائلات المعروف لديها FAP وعند الأقران المعرضين لخطورة عائلية فإنهم يخضعون لمحص مباشر للطفرة بعمر 13-14 سنة. يكون هذا غازياً بشكل أقل من تطوير السيس المنتظم والذي يحتفظ به لأولئك المعروف لديهم وجود الطفرة يجب أن يخضع الأشخاص المصابين لاستئصال الكولون بعد إتمام المرحلة المدرسية أو الجامعية. العملية المنتخبة هي مفاعلة الجيب الشفائي-الخارجي. التطهير الهضمي العلوي الدوري يوصى به لتحديد العدومات المفجئة. السرطان المفجي هو السبب الأكثر شيوعاً للوفاة عند مرضى FAP الذين خضعوا لاستئصال الكولون.

### B. متلازمة بوتز جيفرز:

تتميز ببوليبيات أورام غابية متعددة في الأمعاء الدقيقة والكولون بالإضافة إلى تصبغات ميلانينية في الشفتين والفم والأصابع (نظر الشكل 59). تكون معظم الحالات لاعرضية على الرغم من مشاهدة النزف المزمن أو فقر الدم أو الانعلاش المعوي. توجد خطورة قليلة ولكن مهمة لحدوث السرطان القدي للأمعاء الدقيقة وسرطان البنكرياس والمبيض والثدي وبطان الرحم.



## C. داء البوليبيات الشبابي:

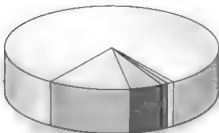
وفيه توجد عشرات إلى مئات بوليبيات الأورام الغابية المملوءة بالمخاط، وذلك في الكولون والمستقيم. تكون 3/1 لحالات وراثية وذلك بطريقة حسدية مبسطة و20% من المرضى يتطور لديهم سرطان كولوني مستقيمي قبل عمر 40. يجب أن يجرى تنظير الكولون مع جرعات كل 1-3 سنوات.

## II. السرطان الكولوني المستقيمي COLORECTAL CANCER:

على الرغم من سريته النسبية في العالم النامي فإن السرطان الكولوني المستقيمي هو السبب الثاني الأكثر شيوعاً للوفاة لسببية والسبب الثاني المؤدي للوفيات السرطانية في الأفطار العربية معدل الحدوث في المملكة المتحدة هو 50-60 من كل مئة ألف لتبلغ 30 ألف حالة في السنة. تصبح الحالة شائعة بشكل متزايد فوق عمر الـ50.

## A. السببيات:

إن كلاً من العوامل الـبيئية والوراثية مهمة في نشوء السرطان الكولوني المستقيمي. (ينظر الشكل 60).



- إفرازية (معدل الخطورة) 75-80%
- قصة عائلية أخرى 10-15%.
- سرطان كولون وراثي غير بوليبيس 25%.
- داء البوليبيات المعوية العائلي 2%
- الداء المعوي الالتهابي 3%.

## 1. العوامل البيئية.

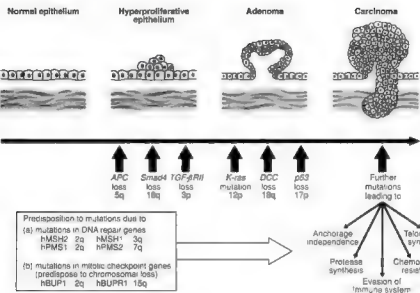
من المحتمل أن تعتبر العوامل البيئية مسؤولة عن 80٪ من كل السرطانات الكولونية المستقيمة الإفرادية (غير وراثية) هذا الشكل مبني على تميزات جغرافية واسعة في مدى الحدوث والانتحاص في الخطورة لمشاهدة عمد المهاجرين و لديهم ينتقدون من الأقطار ذات الخطورة العالية الى الأقطار ذات الخطورة المنخفضة يعتقد ان العوامل الغذائية هي الأكثر أهمية وهي ملخصة في (الجدول 64). عوامل الخطورة الأخرى المميزة مدونة في (الجدول 65).

## 2. العوامل الوراثية:

ينتج تطور السرطان الكولوني المستقيمي من تجمع طفرات وراثية متعددة (انظر الشكل 61). إن أشكالاً وراثية مهمة متعددة لسرطان الكولون تكون مميزة. تكون البوليبات العدوية العائلية مسؤولة عن 1٪ فقط من حالات سرطان الكولون. في 11٪ أخرى يوجد قصة عائلية قوية لسرطان الكولوني المستقيمي في عمر مبكر.

الجدول 64: عوامل الخطورة الغذائية لتطور السرطان الكولوني المستقيمي.	
عوامل الخطورة	التعليقات
الخطورة المرتفعة:	
اللحم الأحمر:	المحتوى العالي من الشحوم المشبعة والبروتين.
	تنشأ الأمينات المولدة للسرطان خلال الطبخ.
الدهون الحيوانية المشبعة	المستويات العالية من الحموض الدسمة والحموض الصمراوية في البير
الخطورة المنخفضة:	
الألياف الغذائية	تنوع الشائراب مع بعض الألياف قصير زمن العبور ربط الحموض الصمراوية والتأثيرات على الفلورا الجرثومية.
الفاكهة والخضروات	تحتوي الخضراوات الطازجة مصادر تسرطى مثل Glucosinolates و Flavonoids
	دليل صغير على دور فيتامينات A,C,E في الوقاية.
كالسيوم:	ربط وترسيب الحموض الصمراوية المرارية.
حمض الفوليك	يعاكس نقص تعميل Hypomethylation الـ DNA.

الجدول 65: عوامل الخطورة غير الغذائية في السرطان الكولوني المستقيمي.	
الحالات الطبية:	
• العدومات الكولونية المستقيمية.	• صمامات التهابات.
• التهاب الكولون لقرحى الواسع طویل الأم	• المعالجة الشعاعية الحوصلة
حالات أخرى	
• البدانة وسطح الحياء التركوسى (قلة الحركة) هذ مكون	• الكحول و تشع (مراقب ضعيف)
متراقفاً مع عوامل عدليه	



الشكل 61: القضا متعددة المراحل للسرطان 'الحوادث الحرجية المتورطة في نشوء السرطان الكولوني المستقيمي

إن شجرة النسب للعائلات المصابة بسرطان كولون وراثي غير بوليبي (HNPCC). يعرف أيضاً بمتلازمة لينش (Lynch's Syndrome) تشير إلى نمط وراثة جسدي مسيطر

هؤلاء المرضى لديهم طفرات في الـ Germ-Line في مورثة أو أكثر (المسماة *Hmsh1*, *Hmsh2*, *Hmsh1*, *Hmsh2*). *Hmsh2* (Hmsh2) المتورطة في إصلاح العيوب التي تحدث بشكل طبيعي خلال استنساخ الـ DNA. إن فشل نظام (إصلاح خطأ المقاتلة) لـ DNA يتسبب في انماط ظاهرية غير ثابتة حبيبا وتجمع طفرات جسدية متعددة على طول الجينوم.

المعايير لصرفية لتشخيص هذه الحالة معطاة في (الجدول 66) الخطورة مدى الحياة للسرطان الكولوني مستقبلي عند الأشخاص المتأثرين وراثياً هي 80٪. العمر الوسطى لتطور السرطان هو 45 سنة وثلاث الحالات تحدث في الكولون القريب عكس سرطان الكولون الإفرادي في مجموعة من المرضى يوجد أيضاً زيادة في معدل حدوث سرطانات باطن الرحم والسبيل البولي والمعدة والبنكرياس، أولئك الذين يحققون معايير التشخيص يجب أن يحولوا إلى تقييم شجرة النسب Pedigree Assessment والمحفص الحثي وتطير الكولون وهذا يجب أن يبدأ

في حوالي سن الـ 25 من العمر أو 5-10 سنوات أبكر من سن حالة سرطان الكبد الذي أصيب به بـصغر عمر في العائلة. يحتاج تطهير الكولون إلى الإعادة كل 1-2 سنة.

10% إصابته من المرصى والذي ليس لديهم HNPCC لا يزال لديهم قصه عائليه للسرطان الكولوني المستقيمي الخطورة النسبية للسرطان مع وجود مصاب أو مصابين من أقارب الدرجة الأولى تبلغ 1 لكل 12 و 1 لكل 6 بالترتيب. تكون الخطورة اعلى أيضاً إذا كان الأقارب مصابين بعمر مبكر. الحيات التي تتواسط هذه الخطورة الزائدة غير معروفة.

## B. الأمراضية:

تشأ معظم الأورام من تحول خبيث للبوليب العدومي الحميد. أكثر من 65% تحدث في المستقيم والسين و 15% إصابته تحدث في الأعور أو الكولون الصاعد. الاورام المتراصة تتظاهر في 2-5% من المرصى بالمحصن لعباني تكون معظم لسرطانات اما بوليبيية وقطرية أو حلقيه ومصيقة. يحدث الانتشار عبر حدار الأمعاء قد تعزو سرطانات المستقيم الاحشاء الحوصية والحدرا الحانية. العرو اللماوي شائع عند التظاهر كما يكون منتشرأ عبر الدوران لباني والجهاري لتصل الكبد وبشكل اقل شيوعاً الرتتي إلى مرحلة الورم عند التشخيص هي الأكثر أهمية في تحديد الإنذار.

## C. المظاهر السريرية:

تنوع الأعراض تبعاً لموقع السرطان. في اورام الكولون الأيسر هان النزف المستقيمي القاي شائع ويحدث الاسداد باكراً أورام الكولون الأيمن تتظاهر بفقر دم بسبب نزف خفي أو تتظاهر بتبدل العادة المعوية لكن يكون الاسداد مطهر متأخراً يتظاهر الألم الماعص أسفل البطن عند ثلثي المرصى ويحدث النزف المستقيمي عند 50% من المرصى تتظاهر قبة من المرصى بمظاهر اما الاسداد أو الانتقاب مما يؤدي لالتهاب بريتواني أو حرج موضع أو تشكل دسور عادة يسبب سرطان المستقيم نزفاً باكراً أو نزفاً محاطياً أو الشعور بإفراغ غير كامل يتظاهر 10-20% من كل مرصى فقط بفقر دم يعوز الحديد أو يتظاهرون بقصر الوزن بالمحصن من الممكن أن توجد كتلة مجسوسة أو علامات فقر الدم أو ضخامة كبدية بسبب النقائل من الممكن أن تكون أورام أسفل المستقيم مجسوسة بالفحص الإصبعي.



### الجدول 66: معايير تشخيص سرطان الكولون الوراثي غير البوليبي.

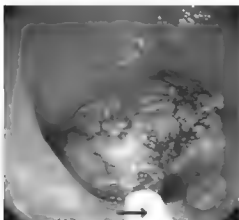
- ثلاثة أقرباء أكثر لديهم سرطان كولون (على الأقل واحد درجة أولى من القرابة)
- سرطان كولوني مستقيمي في جيلين أو أكثر.
- على الأقل هرد مصاب تحت عمر 50 سنة.
- استبعاد داء البوليبيات العدومية العائلي.

**D. الاستقصاءات:**

تظهير النسيج الصلب سوف يحدد تضريباً ثلث الأورام. تتظهر الكولون (انظر الشكل 62) هو لاستقصاء المتحبه  
له اكثر حساسية وبوعية من رخصة الباريوم علاوة على ذلك فإن الأضواء يمكن ان تحرر ويمكن ان نزال  
لؤلؤيات. لإيكو عبر الشرح أو مرنان الحوص يحدد مرحلة سرطانات المستقيم بدقة. تصوير الكولون بالـ CT هو  
تقنية غير راضة وواعد في تشخيص الأورام والبوليبات الكبيرة. للـ CT أهمية في تحديد النضائل الكبدية على  
لوعم من ازدياد استخدام الايكو داخل العملية لهذا الغرض. جزء من المرضى لديهم ارتفاع في تركيز المستند  
لسرطاني الحنيسي CEA. ولكن هذا قابل للتغير ولذلك فهو قليلاً ما يستخدم للتشخيص بين قياس CEA ذو  
قيمة على كل حال خلال المتابعة ويمكن ان يساعد في تحديد النكس المتكرر.

**E. التدبير:****I. الجراحة:**

نزال الأورام مع حواف استئصال ملائمة إضافة إلى العقد اللمفاوية حول الكولون يتم اعادة الاستمرارية  
بالمضغرة المباشرة حيثما أمكن السرطانات صغر يصح ستمنزات من حنار الشرح Anal Verge قد تتطلب قطعاً  
بطنياً عاجلياً وتشكيل كولوستومي كل المرضى يجب ان يستشاروا قبل العملية حول الحاجة الممكنة للمعبر  
تستأصل النضائل الكبدية المعرلة احياناً في مرحلة متأخرة



الشكل 62 منظر منظار الكولون لسرطان مستقيم بوليبي خاضع لعلاج بالليزر عند مريض غير ملائم للجراحة

بعد العملية يجب ان يحصل المرضى لتتطير كولون بعد 6-12 شهر وبشكل دوري بعد ذلك لبحث عن النكس الموضعي أو تطوّر آفات جديدة والتي تحدث في 6% من الحالات.

## 2. العلاج المساعد:

ثالث المرضى يكون لديهم استئصال عقدة لمفاوية أو انتشار بعيد (مرحلة C من تصنيف Dukes. انظر الشكل 63) عند الظاهر ولذلك يكونون غير قابلين للشفاء بالجراحة لوحدها. معظم حالات النكس تحدث في غضون ثلاث سنوات من التشخيص.

تنكس السرطانات الكولونية في العقد اللمفاوية والكبد والبريتوان. العلاج الكيميائي المساعد 5-فلورويور سيل وحمص الموليبيدك (الانقاص السمية) بحسن البقاء بدون مرض والبقاء الكلية عند مرضى سرطان الكولون C بتصنيف Dukes. يؤمن هذا المركب تطبيعاً مبيداً لمرضى اثناء البقيلي وعادة يكون حسن التحمل. يعطى شوط قصير من العلاج إشعاعي قبل العملية لمرضى سرطانات المستقيم الثالثة والكبيرة لتقليل مرحلة Down-Stage المرضى. سرطانات المستقيم Dukes C وبعض سرطانات المستقيم Dukes B يعطون علاج شعاعي بعد العملية لتقليل خطورة النكس.

Dukes stage

	A	B	C	D <sup>4</sup>
<b>Definition</b>	Tumour confined within bowel wall	Extension through bowel wall	Tumour involving lymph nodes	Distant metastases
<b>Prevalence at diagnosis (%)</b>	10	35	30	25
<b>5-year survival rate (%)</b>	> 90	65	30-35	< 5

الشكل 63: المراحل والمعد في السرطان الكولوني المستقيمي (م تصنيف Dukes المعدل). تصنيف Dukes الاصلي كان يهمل حوض.

المراحل من A - C).

## F. الوقاية والتحري:

تشير الأدلة إلى أن السرطان الكولوني المستقيمي قابل للوقاية، حتى الآن لا يوجد إرشادات في المملكة المتحدة من أجل الوقاية البدنية بالتغييرات الغذائية أو تغييرات نمط الحياة.

## 1. الوقاية الكيميائية:

لا يوجد حتى الآن عامل فعال وآمن وطويل الأمد. العوامل الواعدة حتى اليوم هي الأسبرين والكالمسيوم وحمض الفوليك.

تكون COX-2 ذات تعبير مرتفع في العديد من البوليبيات ومعظم السرطانات الكولونية المستقيمية حيث أنها تملك أفعالاً مضادة للموت الخلوي المبرمج لذلك قد تكون مثبطات COX-2 الانتقائية أدوية وقاية كيميائية مفيدة مع ميزة آمان تفوق مصادات الالتهاب اللاستيرويدية القياسية.

## 2. الوقاية الثانوية:

تهدف الوقاية الثانوية إلى تحديد وإزالة الآفات في مرحلة ساكرة أو قبل الخباثة، توجد طرق محتملة عديدة

- الاستقصاء وسع الانتشار بواسطة الفحص المنظم للدم الحصى في البراز (FOB) ينقص معدل الوفيات من السرطان الكولوني المستقيمي بنسبة 15-20% ويريد نسبة التحديد الباكر للسرطانات. بصورة عامة ينقص هذه الاختبارات لحساسية والوعية وتحتاج إلى تحسين في الولايات المتحدة الأمريكية فإن استقصاء FOB يوصى به بعد عمر 50 سنة.
- يبقى تطهير الكولون المعيار الذهبي لكنه يتطلب خبرة وهو مكلف ويحمل مخاطر والعديد من الأضرار بقصصها الموارد لتقدم هذا الشكل من الاستقصاء.
- تطهير أنسج المرز هو خيار بديل وأظهر أنه ينقص معدل الوفيات الكلي من السرطان الكولوني المستقيمي حوالي 35% (70% من الحالات الناشئة في المستقيم والسين). يوصى به في الولايات المتحدة الأمريكية كل خمس سنوات لكل المرضى فوق عمر 50 سنة.
- المسح بالتحليل الحيوي الحرثي هو شيء مأمول مثير لكنه غير موثر بعد.

## EBM

## استقصاء السرطان الكولوني المستقيمي – دور اختبارات الدم الخفي في البراز.

المعطيات من ثلاث بحوث عشوائية مبسطة توصلت أن فحص الدم الحصى في البراز كل ١ سنة ينقص نسبة الوفاة من سرطان الكولوني المستقيمي 15-33%.



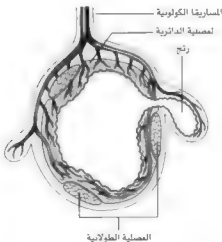
## DIVERTICULOSIS

## داء الرتوج

يكون الرتج مكتسباً وأكثر شيوعاً في السنين والكولون البارز عند الناس ذوي الأعمار المتوسطة. يظهر داء الرتوج عند أكثر من 50% من الناس فوق عمر الـ 70 ويكون لا عرضاً عادةً. داء الرتوج العرضي أو المختلط (التهب الرتوج) هو أقل شيوعاً بكثير.

## A. السبببات:

الداء المتكرر (المضى) طويل الأمد مع عوز نسبي في الألياف يعتقد بشكل واسع أنه المسؤول و لحالة نادرة عند الشعوب التي يكون مدحولها عالي من الألياف الغذائية خصوصاً في أفريقيا وإحراء من آسيا، من المسلم به بأن البراز قليل الحجم يتطلب ضغطاً داخل كولوني مرتفعاً من أجل دفعه وهذا يقود إلى انفتاح المحاطية بين الشرائط الكولونية (العصلة الطولانية) (انظر الشكل 64).



الشكل 64: الكولون البشري في داء الرتوج الحاد الكولوني ضعيف بين الشرائط العصلة الطولانية الأوعية الدموية ليس يروي الكولون بحرق العصلة الدائرية ويضعفها أكثر بتشكيل أنفاق تشب الرتوج عادة عبر هذه النقاط لأقل

**B. الأمراض:**

تتألف الرتوج من اندفاعات محاطية معطاة بالبريتوان يوجد بشكل شائع حرط نمو لطبقة العضدية الحلقية  
 يعتقد أن الالتهاب ينتج من انحشار الرتوج بالحصيات المرارية. هذا قد يشفى عموياً أو يترقى ليسبب تنقياً  
 وتشكل حراج موضعي وبواسير والتهاب بريتوان. الهجمات المعادة من الالتهاب تؤدي إلى ثخانة في حدار الأمعاء  
 وتضيق في اللمعة وانسداد في نهاية الأمر.

**C. المظاهر السريرية:**

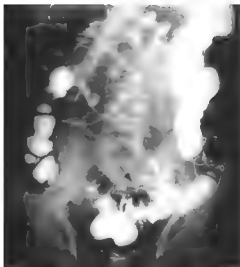
تكون الأعراض عادة نتيجة الامساك أو التشنج المراهق. الألم الماعص يكون عادة فوق العانة أو يشعر به في  
 الحفرة لحرقمية اليسرى قد يكون الكولون المارل محسوساً وفي بوب التهاب الرتج يوجد مصص موضع ودهاق  
 وصلابة وكتلة مجسوسة خلال هذه البوب قد يوجد أيضاً اسهال أو نزف مستقيمي أو حمى، يشمل التشخيص  
 لتعريفي «سرطان الكولوني المستقيمي والتهاب الكولون الإقفاري والداء المعوي الالتهابي والإنتن يحتلط داء  
 لرتوج بالانتفاخ وبالحر ج حول الكولون والبرف المستقيمي الحاد، هذه الاحتلاطات أكثر شيوعاً عند المرضي  
 الذين يأخذون NSAIDs أو الأسبرين.

**D. الاستقصاءات:**

وهذه تحرى عادة لاستبعاد الورم الكولوني المستقيمي تؤكد رخصة الباريوم وجود لرتوج (انظر  
 الشكل 65) يمكن أيضاً أن ترى التصبقات والبواسير. التنظير المرن للسين يحرى لاستبعاد لوزم المراهق  
 والذي يموتنا بسهولة شعاعياً يتطلب تنظير الكولون الحبرة ويحمل خطر الانتفاخ يستخدم الـCT لتقييم  
 الاحتلاطات.

**E. التدبير:**

دء الرتوج اللاعراضي والذي يكشف صدفة لا يتطلب أى علاج يمكن أن النخص من الإمساك بالداء العني  
 بالأنباء مع أو بدون المثبتات المصحمة للكتلة (Sachets 2-I Ispaghula Husk يومياً) التي تؤخذ مع مقدار وافر  
 من السوائل يجب تجنب المسهات تتطلب الهجمة الحادة من التهاب الرتوج 7 أيام متروبيدارول 400 ملع كل 8  
 ساعات هموياً دائماً مع إما سيمالوسبورين أو أميسيلين 500 ملع كل 6 ساعات هموياً تتطلب الحالات لشديدة  
 سوائن وريديه ومسكنات ورشماً أنعياً معدياً يحتفظ بالجراحة الإسعافية للبرف الشديد أو الانتفاخ. تجرى  
 لحر حة الانتفاخ للمرضى بعد الشفاء من الهجمات الحادة المعادة من الانسداد. وإن استتصال القطعة المصابة  
 مع مفاغرة بدئية هي العلاج المنتخب.



الشكل 65 رحة الباريوم تبدي داء وتوح شديد. يوجد تعرج وتضيق في الكولون السيني مع وتوح متعددة (السهم).

## الإمساك واضطرابات التغوط CONSTIPATION AND DISORDERS OF DEFAECATION

المقاربة السريرية لمرضى الإمساك وسبباته وصفت في الصفحات 52-54.

### I. الإمساك البسيط SIMPLE CONSTIPATION

وهو شائع للعامة ولا يشير إلى مرض عضوي أساسي عادةً. يسبب لربادة الألياف في الغذاء أو استخدام العوامل المصححة للكتلة والمداخول الملائم من السوائل أساسي أيضاً. أتعاط عديدة من الملينات متوفرة وهي مدونة في (الجدول 67).

### II. الإمساك الشديد مجهول السبب SEVERE IDIOPATHIC CONSTIPATION

وهو يحدث وعلى وجه الحصر تقريباً عند النساء، الشابات وعالياً يبدأ في الطفولة أو في سن المراهقة السبب غير معروف ولكن البعض لديهم (عوز بطيء) مع فعالية حركية منخفضة في الكولون، وآخرين لديهم (تغوط مسدود) ناجم عن تقلص غير ملائم للمصرة الشرجية الخارجية والعضلة العائية المستقيمة (Anismus).



الجدول 67 الملينات.

الصفة	أمثلته
المشكلة للحجم	Ispaghula Husk متين سللور
المنبهات	بيماغوديل، دايترون (قفل للمرضى المصابين بشكل متناهي)، Docusate السا
مطريات البراز	Docusate، رحضة ريت المستنق
الملينات الحلوية	لاكتولوز لاكسينول ملاح المغيريوم
أخرى	بولي إيثيلين غليكول (PEG)* رحضات الفوسفات*

\* تستخدم بشكل رئيسي للتحضير المعوي قبل الاستقصاء أو الجراحة.

عالياً ما تكون الحالة مقاومة للعلاج. العوامل المسببة للكتلة البرازية قد تصاحف الأعراض لكن العوامل المؤيدة للحركة أو المحاليل المتوارية من بولي إيثيلين غليكول 3350 تصيد بعض المرضى الذين لديهم عور بطيء. تحاميل غليسيريول وتقييمات التلقيح الرابع الحيوي تستخدم لأولئك الذين لديهم تعوط مسدود نادراً ما يكون ستئصال الكولون تحت التام ضرورياً كملاذ أخير

### III. الانحشار البرازي FAECAL IMPACTION:

في الانحشار البرازي عملاً المستقيم كتلة برازية كبيرة وقاسية ويعمل هذا للحدوث عند المرضى العاجزين أو لمقعدين أو مرضى المؤسسات الصحية خصوصاً كبار السن الصغفاء أو أولئك الذين لديهم تحلف عقلي. الأدوية المسببة للإمساك واعتلال الأعصاب الداني وحالات الشرح المؤقة كلها تسهم في ذلك أيضاً إن الكولون لعمرط والاسدد المعوي وإتانات السيل البولي قد تحدث كشيء إضافي نال للانحشار البرازي أحياناً شاهد الانقب والبرف من التقرح المحدث بالضغط. شعل العلاج إمالة ملائمة وإزالة الانحشار الاصعي الحذر بعد تليين البراز

المنحشر برحضات ريت الفسفو ونجب تحب المنبهات

#### IV. تملن الكولون ومتلازمات سوء استخدام المليينات:

##### MELANOSIS COLI AND LAXATIVE MISUSE SYNDROMES:

الاستهلاك طويل الأمد للمليينات المبيهة يؤدي الى تراكم صباغ ليوفوسين Lipofuscin في البالعات في الصفيحة المحصورة. وهذا يصح ثلوثاً شياً للمحاطية الكولونية يوصف عالمياً كشبيه (لجلد النمر). الحالة سليمة وتشفى عند إيقاف المليينات.

بشكل نادر قد يسبب الاستخدام المطول للمليينات كولوناً عرطلاً أو (كولون اللين Cathartic colon) وفيه تظهر رخصة البارיום محاطية غير مميزة وفقدان الشبات وقصر الأمعاء.

إن سوء استخدام التحاميل الملينة هي حالة معسية تشاهد عند النساء الشابات، بعضهم لديهن قصة نهام أو قصة قهم عصبي، وهن يشكين من اسهال مائي معند عادة ما ينكر استخدام المليينات وقد يستمر استخدامها حتى عندما يكون المريض حاصماً للاستقصاء. تحري المليينات في البول قد يظهر التشخيص

#### V. الكولون العرطل MEGACOLON:

ينمير الكولون العرطل بتوسع الكولون وبامساك معند. قد يكون حلقياً (داء هيرشبرنج) أو يتطور لاحقاً أثناء الحياة (الكولون العرطل المكتسب).

#### A. داء هيرشبرنج Hirschsprung's disease:

وهو اعدام الخلايا العقدية الخلقي للأمعاء العليطة مع معدل حدوث 1 من كل 5000. قد يكون موضعاً أو منتشرأً وتوجد قصة عائلية في 1/3 الحالات. تنتج الحالة عن فشل في هجرة الأرومات العصبية إلى جدار لمعي خلال التطور الحبيبي. تكون الخلايا العقدية غائبة من الصمائر العصبية والشكل لأكثر شيوعاً يكون في قطعة قصيرة من المستقيم و/أو الكولون السيني. ونتيجة لذلك تعمل المصرة الشرجية الداخلية في الارتحاء. الإمساك والتمدد البطني والإقياء عادة ما تتطور مباشرة بعد الولادة. لكن توجد حالات قليلة لا تتظاهر حتى الطمولة أو حتى سن المراهقة يكون لمستقيم فارغاً بالفحص الإصبعي.

تظهر رخصة البارיום مستقيماً صغيراً وتوسعاً كولونياً فوق القطعة المنصيفة الخرجة كاملة لثخانة مطلوبة لإظهار الصفات العصبية ولإثبات غياب الخلايا العقدية. تستخدم أيضاً الواسمات الكيميائية السببية للأستيل كولين «ستبرار» قياس الصعط الشرجي المستقيمي يشت فشل المستقيم في الارتحاء مع نفخ البالون. يشعل العلاج استئصال القطعة المصابة.

**B. الكولون المعرطل المكتسب:**

وهذا قد يتطور في الطفولة نتيجة الكبح الإرادي للبراز خلال التدريب على التواليت. في هكذا حالات فإنه يتظاهر بعد السنة الأولى من الحياة ويكون معيماً عن داء هيرشسبرغ بإلحاح التمرز ووجود البراز في المستقيم. عادة يستجيب للملينات التناصحية.

عند البالغين فإن للكولون المعرطل المكتسب أسباب عديدة إنه يرى عند مريض الاكتئاب أو المريض لمتوهين إما كحرج من الحالة أو كتأثير جانبي للأدوية المصادة للاكتئاب. إن سوء الاستخدام المطول للعمليات المنيه قد يسبب إحلالاً في الصميرة العصبية المعوية، بينما قطع التنصيب الحسي أو الحركي قد يكون هو المسؤول في عدد من الاضطرابات لعصبية. إن صلابة الجلد وقصور الدرق هي حالات أخرى مميزة. يمكن أن يدبر معظم المرضى بشكل محافط وذلك بعلاج السبب الأساسي وبالغذاء الذي يحلف هضلات كثيرة وبالمليينات والاستخدام لحكيم للحضضات.

إن مشططات الحركية تكون مصيدة في قلة من المرضى. إن استئصال الكولون تحت التام هو الملاد الأخير للمرضى ذوي الإصابة الأشد.

**VI. الانسداد الكولوني الكاذب الحاد: متلازمة Ogilvie:****ACUTE COLONIC PSEUDO-OBSTRUCTION (OGILVIE'S SYNDROME):**

لهذه الحالة أسباب عديدة (انظر الجدول 68) وتتغير بدء، مماجن مسبباً لصحامة في الكولون اقريب غير مؤلمة وشديدة تترافق بتضاح. لا توجد مظاهر للانسداد الميكانيكي. تكون الأصوات المعوية طبيعية أو ذات نغمة عالية أكثر مما تكون عاتلة. عندما تترك دون علاج فإنها قد تترقى إلى الانثقاب والتهاب البريتوان والوفاة.

انصور الشعاعية البسيطة للبطن تظهر توسعاً كولونياً مع هواء يمدد حتى المستقيم قطر الأعور الأكبر من 10-12 سم يرافق مع حطوارة عاتية للانثقاب. رخصات الباريوم وحيدة الشاين أو المحبلة بالماء توصح عيب الانسداد الميكانيكي.

**الجدول 68: أسباب الانسداد الكولوني الحاد الكاذب.**

• أمراض - الحروق	• اضطرابات الشوارد واضطرابات البوارز الحمضى - القلوى.
• حرجة حديثة.	• الداء السكري.
• أدوية مثل الأفيونات والفينوثيازينات.	• البورعيا.
• القصور التنفسي.	

بنائب لتدبير من علاج لاضطراب الأساسي وتصحيح أي شذوذ كيميائي حيوي. مصادات كوليس أستيراز نيوستامين غالباً ما تكون فعالة وذلك، بتعزيز الفعالية نظيرة الودية وتعزيز حركية الأمعاء، تخفيف الضغط إما نبوت مستقيمي أو تنظير الكولون الحذر قد يكون مفيداً لكنه يحتاج إلى الإعادة حتى تشفى الحالة. في الحالات الشديدة من فمر الأعور غير الوظيفي جراحياً أو يعطى التالف يكون ضرورياً

## VII. الإثنان بالمطثية الصعبة CLOSTRIDIUM DIFFICILE INFECTION:

الإسهال المرافق للصادات والتهاب الكولون المرافق للصادات والتهاب الكولون العشائي الكاذب هي جزء من نفس طيف المرض والذي ينتج من اضطراب في الملوحة الطبيعية للأمعاء. يمكن أن تعزل المطثية الصعبة من نسبة متغيرة من المرضى ويعتقد أن تكون السبب في معظم الحالات. المتعصية هي حرثومة إيجابية العزم، لاهوائية، مولدة للأبواغ، توجد بشكل شائع في أجحة المشفى.

### A. نشوء المرض:

حوالي 5٪ من البالغين الأصحاء وحتى 20٪ من مرضى العناية طويلة الأمد المسنين يحملون المطثية الصعبة. عادة يكون الإثنان مكتسباً في المشفى ويصبح موطئاً (قائماً) عندما تصطب الفلورا الحرثومية الطبيعية للكولون بالعلاج بالصادات. يمكن أن يحدث أيضاً عند المرضى المضعفين والدهن لم يتعرضوا للصادات وعلى الرغم من أنه تقريباً كل صاد قد يكون مسؤولاً لكن الصادات المتورطة الأكثر شيوعاً هي السيفالوسبورينات والأميسين والأموكسيس سيكلين وكليد/اميسين. تنتج المتعصية ديمائين خارجيين A و B سامين للحايات والتهابين وكلاهما يسهم في الفوعة.

من غير المعروف لماذا يكون بعض الناس حملة لمرضين بينما يتطور لدى آخرين التهاب كولون صاعق، استجابات أعداد المصيف لسم المطثية الصعبة A قد يلعب دوراً في تحديد الاستجابة السريرية للإثنان.

### B. الأمراض:

بشكل بدئي تظهر المحاطية مناطق بؤرية من الانتهاب والتقرح. في الحالات الشديدة تصح القرحات معطاة بعشاء كاذب دق بنون أنيس كريمي مؤلف من هسرين وحطام حلوي وكريات معصصة النوى

### C. المظاهر السريرية:

تحدث حوالي 80٪ من انحالات عند الناس بأعمار أكثر من 65 سنة، ويكون العديد منهم ضعيفي الجسم من أمر من مشاركته. عادة تبدأ الأعراض في الأسبوع الأول من العلاج بالصادات ولكن يمكن أن تحدث في أي وقت وحتى 6 أسابيع بعد انتهاء المعالجة. غالباً ما يكون البدء محاطلاً مع ألم أسفل البطن وإسهال قد يصبح عسراً ومائياً. قد يشبه التظاهر التهاب الكولون القرخي الحاد مع إسهال مدمى وحمى وحتى توسع سمي وانتخاب، يشاهد الطلوس أيضاً في التهاب الكولون العشائي الكاذب.

**D. التشخيص:**

يجب أن يشك بالتشخيص عند كل مريض يأخذ حالباً أو احد حديثاً صادات قد تكون المظاهر المستقيمة تنطير السين مميزة مع حمامى أو لويحات بيضاء أو عشاء كادب دقيق. في اوقات اخرى تشبه المظاهر تلك مشاهدة في التهاب الكولون القرحي. في بعض الحالات يعف الإصابة عن المستقيم وتصيب التبدلات بشكل رئيسي الكولون القريب. تؤخذ الخزعات بشكل روتيني.

زروع البزور تعزل المطثية الصعبة عند 30٪ من مرضى الاسهال المرافق للصادات وبعد أكثر من 90٪ من مرضى التهاب الكولون العشاني الكادب بما أن بعض الناس الأصحاء قد يؤو المطثية الصعبة من عزل البعابين A و B بدراسات السموم الحوية يكون مطلوباً لاثبات التشخيص. إن الزرع وعزل الذيفان يمكن أن يكون صعباً وقد يأخذ حتى 72 ساعة.

**E. التدبير:**

يجب إيقاف الصاد المتهمة ويجب أن يعزل المريض. غالباً ما يحتاج الى العلاج الداعم بالسوائل الوريدية وإراحة الأمعاء. المرضى المصابون وأولئك الذين لديهم دليل على العلوص أو التوسع أو التهاب الكولون العشاني الكادب يجب أن يعالجوا بالصادات وتكون أكثر فعالية عندما تعطى هموياً ويوجد القليل للاحتيار بين المترونيدارول 400 ملغ كل 8 ساعات وفانكوميسين 125 ملغ كل 6 ساعات. عادة ما يكون العلاج لاسبع أو عشر ايام فعلاً على الرغم من أن النكس يحدث عند 5-20٪ ويتطلب إعادة المعالجة. يعطى العلوبيونين لساعي الوريدي أحياناً في الحالات الأشد تشمل لإجراءات الوقائية الاستخدام المسؤول للصادات وتحسين الإجراءات الصحية في الحناج وغسل الأيدي ومكافحة الإنتان.

**VIII. البطانة الرحمية المنتبذة (الإنдомيتريوز) ENDOMETRIOSIS.**

يمكن للسليج البطاني الرحمي المنتد أن يصبح منطمرأ في الوجه المصلي للأمعاء وشكل أكثر تواتراً في السين والمستقيم. تكون المحاطية المعطية سليمة عادة الاحتقان الدوري والالتهاب يتسبب في ألم وبرف وإسهال وامساك والتصابات أو انسداد.

يكون الألم أسهل الظهر شائعاً. عادة يكون البدء بين سن الـ 20 والـ 45 سنة وأكثر شيوعاً عند الحروسات (عديمات الولادة) الفحص اليدوي الثاني قد يظهر عقيدات ممصة في رتج دوعلاس فقط دراسات التطير الباطني تظهر التشخيص إذا أحرقت خلال الدورة الطمثية حيث يتصح وجود كتله زرقاء مع محاطية معطيه سميكة.



عند بعض المرضى يكون تنظير البطن مطلوباً. تشمل الآراء العلاجية إنفاذ الحرارة بتنظير البطن والعلاج الهرموني بالبروجسترونات (مثل Norethisterone) ومشابهات الهرمون المحرر للغونادوتروبين أو دانايزول.

## IX. الغواز المعوي الكيسي PNEUMATOSIS CYSTOIDES INTESTINALIS:

في هذه الحالة النادرة فإن كيسات متعددة تحت مخاطية مملوءة بالغاز تبطن جدار الكولون والأمعاء الدقيقة. السبب غير معروف ولكن الحالة قد تشاهد عند مرضى الداء القلبي المزمن أو مرضى الداء الرئوي وفي انسداد البواب أو صلاية الجلد أو التهاب الجلد والعضلات. يكون معظم المرضى لأعرضيين على الرغم من أنه قد يوجد مفص بطني وإسهال وزحير ونزف مستقيمي ونز مخاطي. تكون الكيسات مميزة بتنظير السين أو بالصورة البسيطة للبطن أو برحضة الباريوم. تكون مستويات هيدروجين النفس الصيامي مرتفعة وتنخفض بالعلاج. المعالجة المسجل فعاليتها تشمل أوكسجين بجرىان عالي لفترة طويلة والأغذية الأولية والصادات.

### فضايا عند المستن:

#### الإمساك:

- الاهتمام الاستثنائي يجب أن يوجه لعدم الحركة وتناول السوائل والألياف القوية والأدوية والاكتئاب في تقييم الناس كبار السن الذين لديهم إمساك.
- عدم الحركة مسؤول عن الإمساك بزيادة زمن العبور الكولوني وعندما يصبح هذا أطول فإن امتصاص السائل يكون أكبر والبراز أقمى.
- عند أولئك المصابين ببطء زمن العبور فإن العوامل المضغمة للكتلة يمكن أن تجعل الأمور سيئة ويجب أن يتم تجنبها.
- إذا تطور الانحشار البرازي فإنه قد يحدث إسهال تناقضي بالإفاضة، إذا أعطيت العوامل المضادة للإسهال فإن الانحشار الأساسي قد يسوء ويتسبب في اختلاطات خطيرة كالنقرح الغائطي والنزف.

## الاضطرابات الشرجية المستقيمية

### ANORECTAL DISORDERS

#### I. عدم الاستمساك البرازي FAECAL INCONTINENCE:

السيطرة الطبيعية على الاستمساك الشرجي موصوفة في الصفحة 22. الأسباب الشائعة لعدم الاستمساك مدونة في (الجدول 69).

غالباً ما يكون لدى المرضى ارتباك في الاعتراف بعدم الاستمساك وقد يشكون فقط من الإسهال. القصة الدقيقة والفحص خصوصاً الشرجي المستقيمي والعجاني قد يساعد في تعيين السبب الأساسي. الإيكو عبر الشرج

قيم في تحديد سلامة المصبرات الشرجية، بينما قياس الضغط الشرجي المستقيمي بالمأنوميتر والدراسة الفيزيولوجية الكهربائية هي استقصاءات مفيدة أيضاً إذا كانت متوفرة.

**التدبير:**

وهو غالباً ما يكون صعباً جداً. يجب معالجة الاضطرابات الأساسية ويدير الإسهال باللوبييراميد أو داي فينوكتيلات أو كودئين فوسفات، إن تمارين أرضية الحوض وتقنيات التلقيح الراجع الحيوي تساعد بعض المرضى وأولئك الذين لديهم عيوب مثبتة في المصرة الشرجية قد يستفيدون من عمليات إصلاح المصرة.

## II. البواسير (HAEMORRHOIDS (PILES).

تشأ البواسير من احتقان الصفائر الوريدية الداخلية و/أو الخارجية حول القناة الشرجية. وهي شائعة للغاية عند البالغين، السبب مجهول على الرغم من أنها تتوافق مع الإمساك والجهد (العصر والكبس) وقد تتطور للمرة الأولى خلال الحمل، تنزف البواسير من الدرجة الأولى بينما تهبط البواسير من الدرجة الثانية لكنها تتراجع عفوياً. البواسير من الدرجة الثالثة هي تلك التي تتطلب إرجاعاً يدوي بعد الهبوط. يحدث النزف المستقيمي الأحمر البراق بعد التبرز. تشمل الأعراض الأخرى الألم والحكاك الشرجي والنز المخاطي. يشمل العلاج إجراءات لتجنب الإمساك والعصر (الكبس)، إن العلاج المصنّب بالحقن أو الربط بطوق فعاتين لمعظم المرضى لكن قلة من المرضى يحتاجون إلى استئصال البواسير والذي يكون شافياً عادة.

**الجدول 69: أسباب عدم الاستمساك البرازي.**

- المرض التوليدي-ولادة الطفل. استئصال الرحم.
- الإسهال الشديد، الانحشار البرازي.
- التشوهات الشرجية المستقيمية الخلقية.
- الداء الشرجي المستقيمي - البواسير، هبوط الشرج، داء كرون.
- الاضطرابات العصبية آفات الحبل الشوكي أو ذيل الفرس، العته.

## III. الحكّة الشرجية PRURITUS ANI.

وهي شائعة ويمكن أن تنتج عن أسباب عديدة (انظر الجدول 70) معظمها ينجم عن تلوث الجلد حول الشرج بمحتويات برازية.

قد تكون الحكّة بسيطة أو شديدة وتسبب حلقة حكّة - خدش - حكّة والتي تقاوم المشكلة. عندما لا يوجد سبب أساسي فإن كل المراهم والكريمات يجب إيقافها. إن الإجراءات الصحيةة الشخصية الجيدة أمر أساسي مع الغسيل بعناية بعد التبرز. يجب أن تحفظ المنطقة حول الشرج جافة ونظيفة. المليّنات المشكلة للكتلة قد تنفص التلوث البرازي.

الجدول 70: أسباب الحكّة الشرجية.	
• البواسير.	• التواسير والشقوق.
• ضعف في الإجراءات الصعبة الشخصية.	
• الإنذانات.	
• السرميات الدويدية.	• الكانديدا.
• الاضطرابات الجلدية:	
• التهاب الجلد التماسي.	• الصدف.
• الحزاز المنبسط.	
أسباب أخرى:	
• الإسهال أو عدم الاستمساك من أي سبب.	• الفلق.
• متلازمة الأمعاء الهيجية.	

## IV. متلازمة القرحة المستقيمية الوحيدة SOLITARY RECTAL ULCER SYNDROME:

وهي أكثر شيوعاً عند البالغين اليافع وتحدث على الجدار المستقيمي الأمامي. يعتقد أنها ناجمة عن رض مزمن موضع و/أو إقفار مرافق لوظيفة مضطربة للعضلة العائية المستقيمية ومرافق للهبوط المخاطي. تشاهد القرحة بتظهير السين وتظهر الخزعات تجمعاً مميزاً للكولاجين.

تشمل الأعراض نزفاً خفيفاً ومخاطاً من المستقيم والزحير والألم العجائبي. غالباً ما يكون العلاج صعباً لكن تجنب الكبس عند التبرز مهم وعلاج الإمساك قد يساعد. الهبوط المخاطي الواضح يعالج جراحياً.

## V. الشق الشرجي ANAL FISSURE:

في هذه المشكلة الشائعة فإن الأذية الرضية أو الإقفارية للمخاطية الشرجية تتسبب في تمزق مخاطي سطحي وتكون الأكثر شيوعاً على الخط المتوسط خلفياً. تشنج المصرة الشرجية الداخلية يقاوم الحالة. يحدث ألم شديد عند التبرز وقد يوجد نزف خفيف ونز مخاطي وحكة. قد يكون الجلد صلباً ومن الشائع وجود المياسم الجلدية المتوذمة أو (الحلمة الحارسة) المجاورة للشق.

تجنب الإمساك مع ملينات مشكلة للكتلة مهمة. إن إرخاء المصرة الداخلية يكون طبيعياً متواسطاً بالنتريك أوكسيد وإن مرهم 0.2% من غليمسبريل تري نترات والذي يمنع التتريك أوكسيد فعالاً عند جزء من المرضى. التوسيع اليدوي تحت التخدير يؤدي إلى عدم استمساك طويل الأمد والذي استبدل بخزع المصرة الشرجية الجانبي لأولئك المحتاجين للجراحة.

## VI. الخراجات والنواسير الشرجية المستقيمية:

## ANORECTAL ABSCESES AND FISTULAE:

تتطور الخراجات حول الشرج بين المصرة الشرجية الداخلية والمصرة الشرجية الخارجية وقد تمتد إلى جلد حول الشرج. تحدث الخراجات الإسكية المستقيمية وحشي المصبرات في الحفرة الإسكية المستقيمية، عادة تنتج من إثنان الغدد الشرجية بالجراثيم المعوية الطبيعية. أحياناً يكون داء كرون هو المسؤول. يشكو المرضى من ألم شديد حول الشرج وحُمى و/أو نزق. قد يؤدي التمزق العقوي أيضاً إلى تطور نواسير. وهذه قد تكون سطحية أو قد تمر عبر المصبرات الشرجية لتصل المستقيم. تصريف الخراجات جراحياً وتجعل النواسير مفتوحة مع الانتباه لتجنب أذية المصرة.

## أمراض جوف البريتوان

## DISEASES OF THE PERITONEAL CAVITY

## I. التهاب البريتوان PERITONITIS:

يحدث التهاب البريتوان الجراحي نتيجة لحشا متمزق. التهاب البريتوان قد يكون اختلاطاً للحين (التهاب البريتوان الجرثومي العقوي) أو قد يحدث عند الأطفال مع غياب الحين ويكون ناجماً عن إثنان بالمكورات الرئوية أو العقديات الحالة للدم-β.

التهاب البريتوان بالكلاميديا هو اختلاط للداء الحوضي الانتهابي. تتظاهر النساء المصابات بألم بطني في الربع العلوي الأيمن وحُمى واحتكاك كبد (Hepatic Rub (The Fitz-Hugh-Curtis Syndrome)). السمل قد يسبب التهاب بريتوان وحين.

## II. الأورام TUMOURS:

والأكثر شيوعاً هي السرطانة الغدية الثانوية من المبيض أو من السبيل المعدي المعوي. والميزوثليوما هو ورم نادر ينجم عن التعرض للأسبست. يتظاهر كتلة بطنية منتشرة ناجم عن ارتشاح ثربي ومع الحين. الإنذار سيئ للغاية.